

# Étude comparative des systèmes de protection sociale

## au Rwanda et au Burundi



Rapports sur les Droits Economiques,  
Sociaux et Culturels

2

WSM est l'ONG (Organisation non gouvernementale) du Mouvement Ouvrier Chrétien de Belgique (ACW-MOC) et de ses organisations constitutives. WSM a le mandat de concrétiser la solidarité internationale de ACW-MOC avec les mouvements sociaux dans le Sud pour qu'ils soient des acteurs de changement et des agents de développement en faveur des populations locales.

Au Sud, ce sont plus de 80 projets de partenaires locaux financés et soutenus dans une trentaine de pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique Latine. Au Nord, la sensibilisation et la mobilisation des membres se concrétisent par l'organisation de conférences, de débats et de formations et par le développement d'une politique de communication. L'action Social Alert donne corps à l'action politique de WSM au niveau international.



## WSM

Chaussée de Haecht 579 | 1030 Bruxelles | Belgique

Tél : +32.(0)2.246.36.71 | Fax : +32(0)2.246.38.85

Email : [wsm@wsm.be](mailto:wsm@wsm.be) | Website : [www.wsm.be](http://www.wsm.be)



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.

Depuis près de 150 ans, l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC) se bat pour que les soins de santé soient et restent accessibles à tous. Ainsi, l'ANMC se trouve au cœur du processus de participation démocratique de la population aux décisions politiques, économiques et sociales qui la concernent. En Belgique, l'ANMC est spécialisée dans l'organisation et la gestion de l'assurance maladie et invalidité au profit de ses 4,5 millions de membres, et dans l'organisation des services de soins de santé et d'éducation à la santé. Dans un monde où les acquis sociaux se fragilisent de jour en jour, il est primordial de défendre les droits de chacun en matière de santé grâce à la solidarité de tous. Pour l'ANMC, la solidarité ne doit pas seulement se traduire entre ses membres, elle doit être étendue à toute la société, même au-delà des frontières. En collaboration avec WSM, l'ANMC et les mutualités régionales soutiennent des partenaires mutuellistes dans 8 pays africains : le Sénégal, la Guinée, le Mali, le Burkina Faso, le Bénin, la République démocratique du Congo, le Burundi et le Cameroun.

## ANMC

Service de coopération internationale

Chaussée de Haecht 579 | 1030 Bruxelles | Belgique

Tél : +32.(0)2.246.49.12 | Fax : +32(0)2.246.49.15

Email : [international.cooperation@cm.be](mailto:international.cooperation@cm.be) | Website : [www.cooperationinternationale.mc.be](http://www.cooperationinternationale.mc.be)

# Étude comparative des systèmes de protection sociale

## au Rwanda et au Burundi



## Étude comparative des systèmes de protection sociale au Rwanda et au Burundi

Auteurs: Théodore KAMWENUBUSA, Oscar NICOBHARAYE, Deogratias NIYONKURU,  
Oswald MUNYANDEKWE

Photos: Wereldsolidariteit-Solidarité Mondiale (WSM) et LCM-ANMC

### Publié par:

Wereldsolidariteit-Solidarité Mondiale asbl  
Chaussée de Haecht 579  
1030 Bruxelles  
Belgique

LCM-ANMC  
Chaussée de Haecht 579  
1030 Bruxelles  
Belgique

Tel: +32.(0)2.246.36.71  
Fax: +32.(0)2.246.38.85

Tel: +32.(0)2.246.41.11  
Fax: +32.(0)2.246.48.21

[www.wsm.be](http://www.wsm.be)

[www.mc.be](http://www.mc.be)

Infographie: Gevaert Graphics  
Impression: Gevaert Printing

© Mars 2011, WSM et LCM-ANMC

Ce document a été produit grâce au financement de l'Organisation inter-églises de coopération au développement (ICCO) et de la Direction Générale de la Coopération au Développement (DGD) de la Belgique. Imprimé sur papier recyclé.

Une version électronique de cette publication est disponible sur le site suivant : [www.wsm.be](http://www.wsm.be)

La reproduction entière ou partielle de cette publication est autorisée à condition que WSM et LCM-ANMC soient dûment mentionnés. Nous vous prions de nous envoyer copie de l'article imprimé ou le lien y afférent.



Avec le soutien de  
**LA COOPÉRATION  
BELGE AU DÉVELOPPEMENT**



## Sommaire

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Préface</b> .....                          | <b>8</b>  |
| <b>Avant-propos</b> .....                     | <b>10</b> |
| <b>Remerciements</b> .....                    | <b>11</b> |
| <b>Liste des sigles et abréviations</b> ..... | <b>12</b> |
| <b>Introduction</b> .....                     | <b>15</b> |

### **A. Etat des lieux des systèmes de protection sociale au Rwanda. . . 20**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>I. Les principales caractéristiques du Rwanda</b> .....                                     | <b>22</b> |
| <b>II. Description des systèmes de protection sociale au Rwanda</b> .....                      | <b>24</b> |
| 2.1. Brève description de l'évolution historique de la sécurité sociale.....                   | 24        |
| 2.2. Le système étatique de protection sociale.....  | 25        |
| 2.2.1. Sécurité sociale.....   | 25        |
| (a) Caisse Sociale du Rwanda (CSR).....  | 25        |
| (b) La Rwandaise d'Assurance Maladie (RAMA).....   | 29        |
| (c) Military Medical Insurance (MMI).....  | 32        |
| 2.2.2. Assistance sociale.....   | 33        |
| 2.3. Le système de santé.....  | 33        |
| 2.4. Le système communautaire de protection sociale : les mutuelles de santé.....              | 36        |
| 2.5. Les sociétés d'assurance privées.....   | 44        |
| <b>III. Stratégies d'extension de la protection sociale au Rwanda</b> .....                    | <b>46</b> |
| 3.1. Réforme et renforcement des systèmes formels de protection sociale existants.....         | 47        |
| 3.2. Extension des systèmes formels de protection sociale existants.....                       | 48        |
| 3.2.1. Extension des systèmes de protection sociale gérés par la CSR.....                      | 48        |
| 3.2.2. Extension des systèmes de protection sociale gérés par la RAMA et la MMI.....           | 49        |
| 3.2.3. Renforcement des systèmes d'assurance maladie gérés par les mutuelles de santé.....     | 50        |
| <b>IV. Analyse des forces et faiblesses des systèmes de protection sociale au Rwanda</b> ..... | <b>54</b> |
| 4.1. Le système étatique de protection sociale.....  | 54        |
| 4.1.1. Forces et faiblesses des systèmes de sécurité sociale.....                              | 54        |
| (a) Caisse Sociale du Rwanda (CSR).....  | 54        |
| (b) La Rwandaise d'Assurance Maladie (RAMA) et Military Medical Insurance (MMI).....           | 56        |
| 4.1.2. Forces et faiblesses du système d'assistance sociale.....                               | 59        |
| 4.2. Le système de santé.....  | 60        |
| 4.3. Le système communautaire de protection sociale : les mutuelles de santé.....              | 66        |
| 4.4. Les sociétés d'assurance privées.....   | 69        |

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| <b>V.</b> | <b>Vers l'institutionnalisation de la couverture maladie universelle au Rwanda ...</b>                         | <b>72</b> |
| 5.1.      | Principaux facteurs facilitant la consolidation et le pérennisation de la couverture maladie universelle ..... | 72        |
| 5.2.      | Actions de consolidation et de pérennisation de la couverture maladie universelle .....                        | 74        |

## **B. Etat des lieux des systèmes de protection sociale au Burundi. . . 76**

|             |   |            |
|-------------|---|------------|
| <b>I.</b>   | <b>Les principales caractéristiques du Burundi.....</b>                                   | <b>78</b>  |
| <b>II.</b>  | <b>Description des systèmes de protection sociale au Burundi .....</b>                    | <b>80</b>  |
| 2.1.        | Brève description de l'évolution historique de la sécurité sociale au Burundi .....       | 80         |
| 2.2.        | Le système étatique de protection sociale .....   | 81         |
| 2.2.1.      | Sécurité sociale.....   | 81         |
|             | (a) Institut National de Sécurité Sociale (INSS) .....                                    | 82         |
|             | (b) La Mutuelle de la Fonction Publique (MFP).....  | 87         |
| 2.2.2.      | Carte d'assistance médicale (CAM).....  | 89         |
| 2.2.3.      | Assistance sociale .....  | 90         |
| 2.3.        | Le système de santé.....  | 94         |
| 2.4.        | Le système communautaire de protection sociale : les mutuelles de santé.....              | 96         |
| 2.4.1.      | Faisabilité au Burundi .....  | 96         |
| 2.4.2.      | Les mutuelles de santé de l'Archidiocèse de Gitega (MSAG) .....                           | 98         |
| 2.4.3.      | Les mutuelles de santé des caféiculteurs du Burundi (MUSCABU) .....                       | 101        |
| 2.4.4.      | Les autres initiatives naissantes.....  | 104        |
| 2.5.        | Les sociétés d'assurance privées.....   | 105        |
| <b>III.</b> | <b>Stratégies d'extension de la protection sociale au Burundi.....</b>                    | <b>107</b> |
| 3.1.        | Renforcement des organisations de l'économie solidaire .....                              | 107        |
| 3.2.        | Réforme et renforcement des systèmes formels de protection sociale existants              | 108        |
| 3.3.        | Extension des systèmes formels de protection sociale existants.....                       | 109        |
| <b>IV.</b>  | <b>Analyse des forces et faiblesses des systèmes de protection sociale au Burundi ...</b> | <b>113</b> |
| 4.1.        | Le système étatique de protection sociale .....   | 113        |
| 4.1.1.      | Forces et faiblesses des systèmes de sécurité sociale.....                                | 113        |
|             | (a) Institut National de Sécurité Sociale (INSS) .....                                    | 113        |
|             | (b) La Mutuelle de la Fonction Publique (MFP).....  | 116        |
| 4.1.2.      | Forces et faiblesses du système d'assistance sociale .....                                | 118        |
| 4.2.        | Le système de santé.....  | 121        |
| 4.3.        | Le système communautaire de protection sociale : les mutuelles de santé.....              | 126        |
| 4.4.        | Les sociétés d'assurance privées.....   | 131        |

|           |   |            |
|-----------|---|------------|
| <b>V.</b> | <b>Stratégies proposées pour l'institutionnalisation des mutuelles de santé communautaires au Burundi .....</b> | <b>134</b> |
| 5.1.      | Objectifs et contraintes de l'institutionnalisation .....   | 134        |
| 5.2.      | Les modèles adoptés par d'autres pays africains : quelle inspiration pour le Burundi                            | 135        |
| 5.3.      | Proposition d'un modèle cohérent d'institutionnalisation des mutuelles de santé communautaires .....            | 137        |
| 5.3.1.    | La dynamique interne .....  | 142        |
| (a)       | Autorités publiques .....   | 143        |
| (b)       | Formations sanitaires .....   | 145        |
| (c)       | Mutuelles de santé .....  | 146        |
| (d)       | Structures d'appui .....  | 148        |
| 5.3.2.    | La dynamique en externe .....   | 149        |
| (a)       | Rapport autorités publiques et mutuelles de santé .....   | 149        |
| (b)       | Rapports autorités publiques, formations sanitaires et mutuelles de santé .....                                 | 151        |
| (c)       | Rapport mutuelles de santé et formations sanitaires .....   | 152        |
| (d)       | Rapport mutuelles de santé et structures d'appui .....  | 154        |

## **C. Tableau synoptique et comparatif des systèmes de protection sociale au Rwanda et au Burundi... 156**

|           |   |            |
|-----------|---|------------|
| <b>I.</b> | <b>Les systèmes de protection sociale au Rwanda .....</b> | <b>158</b> |
|-----------|---|------------|

|            |  |            |
|------------|--|------------|
| <b>II.</b> | <b>Les systèmes de protection sociale au Burundi .....</b> | <b>160</b> |
|------------|--|------------|

## **D. Conclusion .....**

|                                |     |
|--------------------------------|-----|
| Déclaration de Bujumbura ..... | 166 |
|--------------------------------|-----|

|                     |     |
|---------------------|-----|
| Bibliographie ..... | 170 |
|---------------------|-----|

## Préface

Le Gouvernement du Burundi reconnaît que la protection sociale est un instrument de lutte contre l'exclusion sociale, la pauvreté, la vulnérabilité et l'inégalité. Cette reconnaissance apparaît clairement dans les orientations stratégiques et politiques du Gouvernement burundais, notamment le « Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté » de 2006 et dans les politiques sectorielles des ministères en charge de l'une ou l'autre dimension de la protection sociale.

Par conséquent, le Gouvernement Burundais a pris la décision de concevoir une politique nationale globale en matière d'extension de la protection sociale en faveur de toutes les couches de la population, y compris les populations de l'économie informelle et des communautés rurales.

A ce propos, nous estimons que cette « étude comparative des systèmes de protection sociale au Burundi et au Rwanda » de Wereldsolidariteit – Solidarité Mondiale (WSM) et de l'Alliance de la Mutualité chrétienne (ANMC) vient à point nommé. Elle plaide de manière convaincante pour une politique nationale et globale de protection sociale, une politique qui est à la fois multisectorielle et multi-acteurs.

Sur le plan de l'accès aux soins de santé, un secteur clé qui doit absolument faire partie de la politique de protection sociale, cette étude met en exergue les différents mécanismes



qui existent pour garantir cet accès. Certains mécanismes, promus par les autorités burundaises, ne visent que les travailleurs du secteur formel. D'autres, comme les mutuelles de santé, sont promus par les mouvements sociaux et se développent à base communautaire. Plutôt que de se satisfaire d'une analyse des forces et faiblesses de ces différents mécanismes, l'étude propose de les articuler dans une politique globale. Si le Gouvernement du Burundi s'est engagé à mettre en place une politique d'assurance-maladie universelle, l'étude nous montre comment un dialogue structurel est requis entre les parties prenantes pour que cette politique soit bâtie sur les expériences des acteurs clé, y compris les mutuelles de santé.

En tant que Ministre en charge de la protection sociale, je tiens à remercier tous ceux qui ont contribué à la réalisation de cette étude. Nous valoriserons cet apport constructif de la société civile qui nous présente des recommandations concrètes et des enseignements pertinents pour la conception et la mise en œuvre de notre politique nationale de protection sociale. Ainsi, nous pouvons assurer que notre politique en la matière répondra de la meilleure manière aux besoins de notre population.

Honorable Associata Sendazirasa  
Ministre de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale / Burundi



## Avant propos

A Wereldsolidariteit-Solidarité Mondiale (WSM), nous œuvrons pour la promotion de systèmes de protection sociale dans le monde entier. Après les crises successives de ces dernières années, de plus en plus d'acteurs internationaux s'accordent de nouveau pour dire qu'investir dans de bons systèmes nationaux de protection sociale est extrêmement important si l'on veut lutter durablement contre la pauvreté et l'exclusion sociale. En Afrique centrale, nous traduisons notamment cette stratégie à travers des programmes, qui doivent garantir un accès généralisé à des soins de santé abordables, y compris pour les personnes les plus vulnérables. Nous travaillons pour ce faire en étroite collaboration avec les Mutualités Chrétiennes de Belgique, qui investissent depuis des années dans des partenariats en Afrique.

Pour le Burundi, la fédération MC « Midden Vlaanderen » bénéficie d'une expertise appréciable. Elle y soutient la création de mouvements mutualistes depuis 1992, moyennant un accord de coopération avec les services sociaux diocésains de l'archevêché de Gitega. Ces projets pilotes, qui ont été mis en place dans un contexte difficile d'après-guerre, constituent aujourd'hui les fondements sur lesquels baser un développement futur. Dans le même temps, la MC « Midden-Vlaanderen » investit dans plusieurs régions et plusieurs autres acteurs s'activent en faveur du développement de mutualités. C'est dans ce contexte que s'est imposée la nécessité de mener une étude plus fondée et de développer une vision plus structurée à ce sujet. La protection sociale exige en effet l'implication de plusieurs instances et la participation active des pouvoirs publics. Au départ d'expériences réussies qui démontrent qu'il est important et possible de développer des systèmes solidaires et collectifs, il nous faut évoluer vers une approche plus institutionnalisée.

Mais les concepts et modèles sont multiples. Les expériences vécues au Rwanda, un pays fortement lié historiquement au Burundi, peuvent aider à opérer des choix politiques adéquats en la matière. D'où l'importance de cette étude comparative approfondie. Cette étude a d'ores et déjà pu contribuer à la mise en place d'une plateforme nationale avec les acteurs actifs dans ce secteur. Nous espérons qu'elle pourra ensuite aider également les pouvoirs publics responsables à opter pour les bonnes orientations, de manière à développer une politique globale en matière de santé en accord avec le contexte spécifique et les potentialités propres au pays. Les acteurs internationaux, les pouvoirs publics et les organisations sociales ont un rôle essentiel à jouer dans ce processus. C'est de cette manière que nous contribuons, en tant qu'organisation sociale belge et en collaboration avec nos partenaires issus de la société civile, à apporter une réponse institutionnelle à l'un des droits les plus fondamentaux : « la protection sociale ». Merci à tous ceux qui ont contribué au chemin parcouru jusqu'ici.

## Remerciements

Au terme de la rédaction de ce rapport, l'équipe des consultants a le plaisir et l'agréable devoir de remercier Wereldsolidariteit-Solidarité Mondiale (WSM), le commanditaire de cette étude, pour lui avoir confié la mission d'élaboration d'une étude comparative des systèmes de protection sociale en vigueur au Rwanda et au Burundi, ainsi que pour la mise à sa disposition des facilités que requérait son travail.

Ses remerciements s'adressent tout particulièrement aux différentes personnalités rencontrées pour recueillir leurs avis et suggestions, en particulier :

- Pour le Rwanda : Le chef de cabinet du Ministre de la Santé Publique et ses collaborateurs de la Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé, le Directeur a.i de la RAMA, le Directeur des prestations de la CSR, le Secrétaire Général de la CESTRAR, le Président du COTRAF et la Présidente de la FMP, les responsables de la SORAS, de la CORAR et de l'AAR, les gestionnaires des formations sanitaires et des sections des mutuelles de santé y rattachées, tant à Kigali qu'à l'intérieur du pays.

- Pour le Burundi : Le Directeur Général de la protection sociale, la Directrice Générale du Ministère des Droits de la Personne Humaine et du Genre, le Chef de mission de MSF/Belgique, le Secrétaire Général de l'AEB, les représentants de la COSYBU, le Président de la Fédération des Travailleurs des transports, de l'informel et du social, le Chargé des mutuelles de santé au Ministère de la Santé Publique, les représentants de l'INSS et de la MFP, les gestionnaires des mutuelles de santé (MSAG et MUSCABU), les gestionnaires des formations sanitaires de Rumonge, Nyanza-Lac, Makamba, Rutana, Gitega, Karusi, Muyinga et Ngozi ainsi que les représentants de différentes associations de l'informel dans les localités citées ci-dessus.

Leurs contributions, leurs orientations et suggestions ont été d'une très grande utilité et ont contribué à enrichir ce travail.

Que toute autre personne ayant participé de près ou de loin à l'aboutissement de ce travail trouve également à travers ce rapport l'expression de notre profonde gratitude.

Théodore KAMWENUBUSA  
Oscar NICOBARAYE  
Deogratias NIYONKURU  
Oswald MUNYANDEKWE

## Liste des sigles et abréviations

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>US</b>       | Dollar United States (of America)   |
| <b>ABUCO</b>    | Association Burundaise des Consommateurs  |
| <b>ACW-MOC</b>  | Mouvement Ouvrier Chrétien de Belgique  |
| <b>ADISCO</b>   | Appui au Développement Intégral et à la Solidarité sur les Collines                         |
| <b>AI</b>       | Allocations d'Incapacité  |
| <b>AISS</b>     | Association Internationale de la Sécurité Sociale   |
| <b>AMS</b>      | Assurance Maladie Sociale   |
| <b>ANMC</b>     | Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes   |
| <b>ARV</b>      | Anti rétro viraux   |
| <b>AS</b>       | Allocations de Survivants   |
| <b>asbl</b>     | Association sans but lucratif   |
| <b>AV</b>       | Allocations de Vieillesse   |
| <b>BCD</b>      | Banque de Commerce et de Développement  |
| <b>BIT</b>      | Bureau International du Travail   |
| <b>BIT/STEP</b> | Bureau International du Travail – Stratégies and Tools against Social Exclusion and Poverty |
| <b>BPB</b>      | Banque Populaire du Burundi   |
| <b>BPS</b>      | Bureau provincial de la santé   |
| <b>CAM</b>      | Carte d'Assistance Médicale   |
| <b>CAMEBU</b>   | Centrale d'Achat des Médicaments du Burundi   |
| <b>CAMERWA</b>  | Centrale d'Achat des Médicaments du Rwanda  |
| <b>CDS</b>      | Centre de Santé   |
| <b>CEPLG</b>    | Communauté Economique des Pays des Grands Lacs  |
| <b>CESTRAR</b>  | Centrale Syndicale des Travailleurs du Rwanda   |
| <b>CHUK</b>     | Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge   |
| <b>CIERGAM</b>  | Centre international d'étude et de recherche pour la gestion de l'assurance maladie         |
| <b>CMU</b>      | Couverture Maladie Universelle  |
| <b>CNAC</b>     | Confédération nationale des associations des caféiculteurs du Burundi                       |
| <b>CNLS</b>     | Conseil National de lutte contre le Sida  |
| <b>CNPK</b>     | Centre Neuro Psychiatrique de Kamenge   |
| <b>CPLR</b>     | Clinique Prince Louis Rwagasore   |
| <b>CSLP</b>     | Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté   |
| <b>CSR</b>      | Caisse Sociale du Rwanda  |
| <b>CSRAC</b>    | Coordination Sous Régionale Afrique Centrale  |
| <b>DGD</b>      | Direction générale de la Coopération et du Développement                                    |

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>DGPS</b>              | Direction générale de la protection sociale                             |
| <b>DPRS</b>              | Document de Stratégie et de Réduction de la Pauvreté                    |
| <b>DUDH</b>              | Déclaration Universelle des Droits de l'Homme                           |
| <b>ECASSA</b>            | East and Central African Social Security Association                    |
| <b>EDPRS</b>             | Economic Development and Poverty Reduction Strategy                     |
| <b>FBU</b>               | Francs Burundais  |
| <b>FFOM</b>              | Forces, Faiblesses, Opportunité et Menaces                              |
| <b>FNGM</b>              | Fonds National de Garantie des Mutuelles                                |
| <b>FRW</b>               | Francs Rwandais   |
| <b>HCR</b>               | Haut Commissariat aux Réfugiés  |
| <b>HIMO</b>              | Haute Intensité de Main d'œuvre   |
| <b>HMK</b>               | Hôpital Militaire de Kamenge  |
| <b>HPRC</b>              | Hôpital Prince Régent Charles   |
| <b>IJ</b>                | Indemnités Journalières   |
| <b>INAMA</b>             | Institut national d'assurance maladie                                   |
| <b>INSS</b>              | Institut National de Sécurité Sociale                                   |
| <b>IRA</b>               | Infection respiratoire aiguë  |
| <b>LABOPHAR</b>          | Laboratoire Pharmaceutique  |
| <b>MBBB</b>              | Meridian Biao Bank Burundi  |
| <b>MCCV</b>              | Mutualité chrétienne de Gand  |
| <b>MFP</b>               | Mutuelle de la fonction publique  |
| <b>MFPTSS</b>            | Ministère de la Fonction publique, du Travail et de la sécurité sociale |
| <b>MINTER</b>            | Ministère de l'Intérieur  |
| <b>MMI</b>               | Military Medical Insurance  |
| <b>MSAG</b>              | Mutuelles de santé de l'archidiocèse de Gitega                          |
| <b>MSF-<br/>Belgique</b> | Médecins Sans Frontières Belgique                                       |
| <b>MUSCABU</b>           | Mutuelle de santé des caféiculteurs du Burundi                          |
| <b>ODAG</b>              | Organisation pour le Développement de l'Archidiocèse de Gitega          |
| <b>OEV</b>               | Orphelins et Enfants Vulnérables  |
| <b>OIT</b>               | Organisation Internationale du Travail                                  |
| <b>OMD</b>               | Objectifs du Millénaire pour le Développement                           |
| <b>OMS</b>               | Organisation Mondiale de la Santé                                       |
| <b>ONG</b>               | Organisation non gouvernementale  |
| <b>ONPR</b>              | Office National des Pensions et des Risques Professionnels              |
| <b>PA</b>                | Pension Anticipée   |

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>PARESI</b>      | Programme d'Appui à la Réinsertion des Sinistrés                     |
| <b>PCA</b>         | Paquet Complémentaire d'Activités                                    |
| <b>PI</b>          | Pensions d'Invalidité  |
| <b>PIB</b>         | Produit Intérieur Brut   |
| <b>PIDESC</b>      | Pacte International sur les Droits Economiques, Sociaux et Culturels |
| <b>PMA</b>         | Paquet Minimum d'Activités   |
| <b>PNDS</b>        | Plan National de développement sanitaire                             |
| <b>PPTD</b>        | Programme par pays pour un Travail Décent                            |
| <b>PROMUS-CABU</b> | Promotion des mutuelles de santé des caféiculteurs du Burundi        |
| <b>PS</b>          | Pension de Survivants  |
| <b>PTA</b>         | Paquet Tertiaire d'Activités   |
| <b>PV</b>          | Pension de Vieillesse  |
| <b>RAMA</b>        | Rwandaise d'Assurance Maladie  |
| <b>RDC</b>         | République Démocratique du Congo                                     |
| <b>RI</b>          | Rentes d'Incapacité  |
| <b>RMM</b>         | Rémunérations Mensuelles Moyennes                                    |
| <b>RS</b>          | Rentes de Survivants   |
| <b>SAMU</b>        | Service d'Aide médical d'Urgence                                     |
| <b>SM</b>          | Soins Médicaux   |
| <b>SOCABU</b>      | Société Commerciale d'Assurance du Burundi                           |
| <b>SONAVIE</b>     | Société Novatrice d'Assurance-Vie                                    |
| <b>UCAR</b>        | Union Commerciale d'Assurance et de Réassurance                      |
| <b>UCODE</b>       | Union pour la Coopération et le Développement                        |
| <b>UNICEF</b>      | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance                               |
| <b>UNR</b>         | Université Nationale du Rwanda                                       |
| <b>WSM</b>         | Wereldsolidariteit – Solidarité Mondiale                             |

## Introduction

### Les fondements éthiques et juridiques de la protection sociale

Parmi les premières obligations d'un État figure la protection de ses citoyens et de toutes les personnes qui vivent sur son territoire. L'État doit à chacun la protection de l'intégrité physique, la sécurité tout court, et la protection sociale, en garantissant le droit aux soins de santé, à l'éducation et aux moyens d'existence pour assurer sa dignité. Les dispositions relatives à ces garanties fondamentales figurent dans plusieurs déclarations internationales, dont la Déclaration universelle des Droits de l'Homme et dans les constitutions nationales qui sont la source des droits spécifiques dans chaque pays.

La protection sociale, au niveau de la société nationale qu'incarne l'État fait partie du contrat social que la Constitution de chaque pays matérialise. C'est au nom de ce contrat que l'État prélève les impôts et taxes pour réunir les ressources destinées à protéger les citoyens. A ce jour, l'obligation de protection a largement dépassé les frontières nationales comme l'atteste l'actualité à travers le monde. La mise en place de plusieurs organisations interétatiques participe à cette obligation de protection sociale. A cet effet, le Burundi et le Rwanda participent dans la mise en application de la convention générale de sécurité sociale de la CEPGL et le démarrage de l'ECASSA.

Protection sociale, sécurité sociale sont deux concepts parfois utilisés indifféremment lorsque c'est la fonction ou l'objectif de l'institution qu'on a en vue. Ils peuvent alors prendre un sens très large eu égard aux moyens d'assurer les prestations considérées: régimes nationaux d'assurances sociales, la multiplicité des régimes professionnels, mutualité, assurances commerciales, etc. Dans le cadre de cette étude, nous allons considérer la protection sociale comme un mécanisme de protection fonctionnant sous les trois logiques suivantes:

- l'assurance sociale
- l'assistance sociale
- les régimes universels

Il n'existe pas de définitions universelles de la protection sociale et de la sécurité sociale qui fassent l'unanimité mais on s'accorde généralement sur sa finalité, à savoir la garantie à tout individu d'un socle social minimum pour une vie décente face à divers risques de la vie (risques naturels environnementaux, risque sanitaire, risque économique, risque sociopolitique).

L'Organisation Internationale du Travail (OIT) définit la sécurité sociale comme étant «la sécurité fournie par des organismes appropriés à ses membres contre certains risques auxquels ils sont exposés. Elle contribue à mettre les bénéficiaires dans la capacité de faire face aux charges résultant de la survenance des risques sociaux notamment la vieillesse, l'invalidité, la maladie, le chômage en leur garantissant une prise en charge, en leur procurant un revenu de remplacement».

Cette définition retient l'idée de la protection et de la réparation de certaines éventualités qualifiées de risques sociaux. Dans les systèmes formels de sécurité sociale, les risques sociaux sont clairement définis. Le champ habituellement couvert se réfère à la Convention 102 de l'OIT de 1952.

### **Aspects du contexte international de la sécurité sociale**

La sécurité sociale et son rayonnement universel ont été accélérés par les effets de la crise économique de 1929-1930 et de la 2ème guerre mondiale de 1939-1945, dans la mesure où ses systèmes ont été appelés à reconstruire des sociétés ravagées par les crises et les guerres. La consécration de la sécurité sociale a été reconnue par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948 (DUDH) et par l'article 9 du Pacte International sur les Droits Economiques, Sociaux et Culturels (PIDESC).

Déjà, dans la déclaration de Philadelphie en 1944, la conférence internationale du Travail reconnaissait l'obligation de l'OIT de promouvoir l'extension des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection ainsi que les soins médicaux complets.

L'article 22 de la DUDH stipule que : «toute personne en tant que membre de la société a droit à la sécurité sociale. Elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de son pays».

L'article 25 de la même déclaration stipule que :

1. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux et les services sociaux nécessaires, elle a droit à la



- sécurité en cas de chômage, de maladie, de vieillesse, d'invalidité, de veuvage ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite des circonstances indépendantes de sa volonté;
2. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale. Tous les enfants, qu'ils soient issus du mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale».

Ainsi donc, la sécurité sociale est devenue un droit humain et un principe universel destinés à garantir à tout individu un minimum social. Bref, la sécurité sociale contribue à la réduction des inégalités sociales entre la population active et celle non active par le versement des prestations de diverses natures. C'est un instrument pour promouvoir la dignité humaine, l'équité et la justice sociale; c'est un outil très efficace de prévention et de réduction de la pauvreté; c'est un élément essentiel pour assurer la cohésion sociale. La devise de l'AISS est à cet effet éloquent et traduit bien cette vision: « Pas de paix durable sans justice sociale, pas de justice sociale sans sécurité sociale». Toutefois, ce principe demeure, quant à son application, conditionné par le niveau de développement socio-économique de chaque pays.

Afin de faciliter une harmonisation des risques sociaux couverts par divers systèmes nationaux de sécurité sociale, l'OIT a adopté, dans sa conférence tenue à Genève le 28 juin 1952, la Convention n°102 concernant la norme minimum de la sécurité sociale, laquelle prévoit neuf branches de sécurité sociale.

A ce jour, la notion de protection sociale dépasse de loin le champ défini par la Convention 102 de l'OIT<sup>1</sup>. Un consensus a été dégagé au niveau international que l'État a l'obligation de garantir «un socle de protection sociale» sur une base universelle. Le terme « socle de protection sociale» reflète la notion déjà existante d'obligations essentielles, consistant à assurer la réalisation des droits incorporés dans les traités sur les droits humains, tout au moins à des niveaux essentiels minimaux. Au niveau international, le consensus est que le Socle de protection sociale comprenne deux éléments principaux qui contribuent respectivement à la mise en pratique de certains droits humains<sup>2</sup>. Au niveau du continent africain, il faut également mentionner l'article 18 de la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples qui traite de la protection de la famille, des personnes âgées et des handicapées.

---

1 Commission mondiale sur la dimension sociale de la mondialisation: Une mondialisation juste: Créer des opportunités pour tous (BIT, 2004, p. 123).

2 Déclaration universelle des droits de l'homme, art. 22, 25, 26.

## Contexte de l'élaboration de l'étude

Solidarité Mondiale (WSM) a pris l'initiative de commanditer cette étude dans le cadre de son programme consacré à la promotion du travail décent. Ce programme est destiné à soutenir les stratégies des mouvements sociaux dans le Sud qui visent à étendre la protection sociale, à faire respecter les droits de travail et à créer des emplois décents.

WSM est l'ONG du Mouvement Ouvrier Chrétien de la Belgique ACW-MOC<sup>3</sup>, dont elle a reçu le mandat de concrétiser la solidarité internationale avec les mouvements sociaux dans les pays du Sud pour qu'ils soient des acteurs de changement et des agents de développement en faveur des populations locales.

Solidarité Mondiale et l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes de Belgique (ANMC), une des organisations constitutives de l'ACW-MOC, de par d'autres études similaires déjà menées dans d'autres pays d'Afrique, ont fait le constat que la grande majorité des ménages africains ne peuvent s'affranchir de la pauvreté, le travail étant le plus souvent informel et précaire et étant donné l'érosion des mécanismes traditionnels de la solidarité familiale. Ainsi, ils n'ont aucun accès aux systèmes étatiques de protection sociale et leurs revenus très bas et instables ne leur permettent pas de souscrire à une assurance-santé privée. C'est pour remédier à cette situation que WSM et ANMC s'emploient, avec les mouvements sociaux du Sud, à y créer et développer des mutuelles de santé communautaires.

En ce qui concerne le Burundi, cette étude permettra de promouvoir le développement des mutuelles de santé communautaires dans ce pays en connaissance de cause.

## Bref rappel des objectifs de l'étude et approche méthodologique

### *Objectifs de l'étude*

#### **Objectif général:**

Faire une étude comparative des politiques de protection sociale au Rwanda et au Burundi, en vue d'y tirer des enseignements pour les stratégies d'extension de la protection sociale en faveur des travailleurs de l'économie informelle dans la région des Grands Lacs.

---

3 Mouvement ouvrier chrétien de Belgique.

### **Objectifs spécifiques:**

- Faire un état des lieux des systèmes de protection sociale en vigueur au Rwanda et au Burundi.
- Faire une analyse sur les forces, les faiblesses, les opportunités et menaces (FFOM) de ces systèmes.
- Faire un état des lieux des stratégies d'extension de la protection sociale en vigueur dans ces pays et proposer des recommandations pour leur amélioration.
- Proposer des stratégies adaptées pour l'extension et l'institutionnalisation des mécanismes de protection sociale au Burundi.

### **Approche méthodologique**

- La validation des termes de référence avec le commanditaire de l'étude.
- Étude documentaire: consultation des sites web des organisations, des documents juridiques, des rapports et autres documents des institutions publiques et privées régissant la protection sociale au Burundi et au Rwanda, ainsi que les récentes publications du B.I.T. et de l'AISS à ce sujet.
- Consultation des principaux documents de référence qui ont été élaborés antérieurement et en rapport avec le programme du Gouvernement du Burundi(2005-2010) et le programme du Gouvernement du Rwanda(2003-2010), la lutte contre la pauvreté, le développement humain durable, le plan national de développement sanitaire au Burundi(2006-2010), le Plan stratégique du secteur santé au Rwanda (2005-2009, la Politique Nationale de Protection Sociale au Rwanda(Novembre 2005), la Politique Nationale de Développement des Mutuelles de Santé , la Politique Nationale de Sécurité Sociale(Novembre 2006), les Objectifs du Millénaire pour le Développement, etc.
- Étude de terrain: Consultations de différents partenaires intervenant dans le domaine de la protection sociale, à travers les enquêtes, interviews, observations et discussions individuelles et/ou avec les « focus groups ».
- Rédaction du rapport provisoire.
- Restitution de l'étude par l'équipe des consultants et validation du rapport provisoire par le commanditaire.
- Production du rapport définitif.

A

# État des lieux des systèmes de protection sociale au Rwanda



Uganda

RDC

Rwanda

Tanzania

Burundi

Tanzania



# Les principales caractéristiques du Rwanda

Le Rwanda est un petit pays densément peuplé, d'une superficie de 26.338 km<sup>2</sup>, avec une densité de 310 habitants au kilomètre carré. La population totale s'élève à 9.542.613 habitants. La population employée est de 4.218.513, celle non-employée 35.884 et la population inactive est de 5.288.125 habitants, le taux d'accroissement moyen annuel est de 3,5% (Institut National des Statistiques, 2008). Le pays est pauvre avec un PIB de 250\$ US par habitant et par an.

Selon la même source, le statut de l'emploi au Rwanda se présente comme suit: 68% sont occupés à l'agriculture, 7% sont des salariés, 5% travaillent pour eux-mêmes, 15% s'occupent du travail domestique et 4% s'occupent d'autres activités.

La décennie quatre-vingt-dix a coïncidé, pour le Rwanda, avec la période de guerre et de génocide de 1994 qui ont détruit une grande partie du capital social et physique du pays, laissant ainsi un grand nombre de vulnérables.

Aujourd'hui, le pays essaie de s'en sortir grâce à une panoplie de mesures d'ordre politique, économique et social en faveur de la population du Rwanda. Le pays est pauvre avec un PIB de 250\$ US par habitant et par an.

La population en dessous du seuil de pauvreté est estimée à 60% et le taux d'analphabétisme est de 49%. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 49,9 ans<sup>4</sup> en moyenne.

Le secteur de l'économie formelle est constitué de 10 % de la population. Il s'agit des fonctionnaires de l'État et des institutions parapubliques, des militaires, des employés et salariés du secteur privé.

---

4 D'après les projections des Nations Unies (UN POP 2005-2010).

Le secteur de l'économie informelle est constitué de 90 % de la population. Il s'agit des paysans, artisans, commerçants, etc. Leurs revenus sont irréguliers et dépendent de la commercialisation, de la location de la main d'œuvre, etc.

Le Gouvernement du Rwanda a élaboré en 2002 un document de stratégie de lutte contre la pauvreté (EDPRS<sup>5</sup>), cadre de référence en matière de politique et de lutte contre la pauvreté. En élaborant ce document, l'accent a été mis sur la nécessité de faire de la protection sociale un des piliers de sa stratégie, à côté des investissements dans l'accès aux services sociaux de base et dans la création de richesse pour assurer une réduction durable de la pauvreté.

Ce vaste programme a retenu les objectifs et les actions ciblant les vulnérabilités essentielles des populations rurales et urbaines selon trois piliers à savoir: la création des richesses, le renforcement des capacités et la promotion des services sociaux de base ainsi que la protection des groupes vulnérables. Dans ce dernier pilier, des filets de sécurité et des mesures d'assistance sociale sont retenus à l'intention des groupes vulnérables spécifiques tels que les enfants vulnérables, les femmes, les handicapés, les personnes âgées, les populations déplacées, les jeunes chômeurs et pauvres en milieu rural. Un ciblage plus précis est envisagé avec un accent approfondi sur les mécanismes d'assistance communautaire.

Dans le cadre du suivi et de la mise en place des orientations de l'EDPRS, le Gouvernement a élaboré une politique nationale de protection sociale en novembre 2005 et une politique nationale de sécurité sociale a été adoptée en mars 2007 par tous les partenaires sociaux concernés.

La politique nationale de protection sociale et de sécurité sociale, ainsi que la politique de développement des mutuelles de santé au Rwanda, sont considérées comme une composante importante de la stratégie de lutte contre la pauvreté et constituent des outils essentiels pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

---

5 Economic Development and Poverty Reduction Strategy.



# Description des systèmes de protection sociale au Rwanda

## 2.1. Brève description de l'évolution historique de la sécurité sociale au Rwanda

Les structures actuelles de la sécurité sociale organisée au Rwanda ont été exportées par l'autorité tutélaire belge. En effet, le premier texte a vu le jour en 1949 et visait la réparation des accidents de travail et des maladies professionnelles des travailleurs indigènes du Congo-Belge et du Rwanda-Urundi.

En 1957, il fut institué un régime des pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès en faveur des mêmes travailleurs indigènes. Après l'accession à l'indépendance en 1962, chacun des trois pays de la colonie belge a créé son propre régime de sécurité sociale.

Au Rwanda, c'est la loi du 15 novembre 1962 qui a institué le régime de sécurité sociale et dont la gestion fut confiée à la Caisse Sociale du Rwanda (CSR). Cette loi a été modifiée par le décret-loi du 22 août 1974, tel que modifié et complété à son tour par la loi n° 06/2003 du 22 mars 2003.

Le régime de sécurité sociale géré par la CSR comprenait et comprend même actuellement la branche des pensions et celle des risques professionnels en faveur de tous les travailleurs soumis à un contrat de travail et les fonctionnaires sous-statut.

Plus tard, par la loi n° 24/2001 du 27 avril 2001, il a été institué un régime d'assurance maladie des agents de l'État, dont la gestion a été confiée à la Rwandaise d'Assurance Maladie (RAMA). Ce texte de loi a été successivement modifié et complété par la loi n° 29/2002 du 19-09-2002 et celle n° 27/2007 du 26-06-2007.

Il importe également de préciser que la catégorie des militaires est couverte par un régime particulier d'assurance maladie appelé Military Medical Insurance (MMI), géré au sein du Ministère de la Défense Nationale et tel qu'institué par la loi n° 23/2005 du 12-12-2005.



Récemment, il a été promulgué la loi n° 62/2007 du 30-12-2007 portant création, organisation, fonctionnement et gestion des mutuelles de santé au Rwanda.

Concernant les autres catégories de travailleurs salariés du secteur privé, les soins médicaux sont pris en charge par leurs employeurs. Parmi ces derniers, ceux qui le désirent peuvent faire une demande d'affiliation soit à la RAMA, soit dans des sociétés d'assurance privées (AAR, CORAR et SORAS). Ces dernières gèrent le produit « maladie » sans cadre légal approprié.

## 2.2. Le système étatique de protection sociale

### 2.2.1. Sécurité sociale

Actuellement, trois organismes de sécurité sociale gèrent l'assurance sociale en faveur des travailleurs soumis au Code du Travail, des fonctionnaires de l'État et des militaires.

#### *(a) Caisse Sociale du Rwanda*

##### **Cadre légal et institutionnel**

La CSR est un établissement public institué par la loi du 15/11/1962, chargé de la gestion du régime de Sécurité Sociale au Rwanda avec deux branches d'assurance, à savoir: la branche des pensions et la branche des risques professionnels (accident de travail et maladies professionnelles). Placée sous la garantie de l'État, elle est dotée d'une autonomie financière et administrative et est placée sous la tutelle du Ministère des Finances et de la Planification Economique. Elle est régie par Décret-loi du 22/08/1974 tel que modifié et complété par la loi n°06/2003 du 22/03/2003 et ses textes d'application.

##### **Champ d'application**

Le décret-loi ci-dessus cité prévoit l'assurance obligatoire et l'assurance volontaire. Ce texte de loi prévoit les dispositions d'assujettissement obligatoire et d'affiliation volontaire. L'assurance obligatoire couvre les deux branches d'assurance, tandis que l'assurance volontaire ne couvre que la branche des pensions.

Sont assujettis en assurance obligatoire:

- les travailleurs soumis au code du travail;
- les mandataires politiques non retraités;

- les membres des services de l'État (Fonctionnaires, forces armées rwandaises);
- les assimilés aux travailleurs salariés (Elèves des écoles professionnelles ou artisanales, les stagiaires et les apprentis).

Sont assujettis en assurance volontaire:

- tout travailleur ayant perdu la qualité d'assujetti obligatoire.

### **Constitution des réserves**

Pour chacune des branches gérées, la législation prévoit la constitution des réserves dont la nature et le niveau diffèrent selon l'exigibilité de la prestation à servir.

Le Décret-loi du 22 Août 1974 prévoit une réserve technique, une réserve de sécurité et un fonds de roulement pour la branche des risques professionnels. Pour la branche des pensions, il est prévu une réserve technique et un fonds de roulement.

### **Activités principales**

Les activités principales réalisées par la CSR sont:

- l'immatriculation des employeurs et affiliation des travailleurs;
- la tenue de comptes cotisants des employeurs et des comptes individuels des assurés;
- le recouvrement des cotisations;
- le paiement des prestations aux assurés sociaux;
- l'investissement judicieux des réserves;
- la tenue à jour des statistiques.

### **Sources de financement**

La source principale de financement du régime des pensions est constituée des cotisations du travailleur (3%) et de l'employeur (3%) du salaire brut par mois, tandis que la cotisation (2%) pour la branche des risques professionnels est entièrement à charge de l'employeur.

De manière subsidiaire, le financement provient aussi:

- des majorations de retard encourues pour cause de retard dans le paiement des cotisations et dans la production des déclarations des salaires soumis à cotisation. Ces majorations sont fixées à 1,5% par mois ou fraction de mois de retard écoulé depuis la date d'échéance des cotisations.
- des produits des placements d'excédents de trésorerie entre les cotisations encaissées et les prestations servies.

### **Quelques données statistiques des assurés actifs et bénéficiaires des prestations**

(chiffres de fin 2009<sup>6</sup>)

- ○ Employeurs actifs: 11.674, ils étaient 7.152 en 2008.
- ○ Assurés actifs: 301.434, ils étaient 280.891 en 2008.
- ○ Assurés volontaires: 1.148.
- ○ Taux de couverture sociale: environ 10% de la population active.
- ○ Montant des cotisations encaissées: 25,4 milliards de Frw, et 20,7 milliards en 2008.
- ○ Montant de prestations servies: 6,3 Milliards de Frw, et 4,2 milliards en 2008.
- ○ Nombre de bénéficiaires des prestations: 36.500 dont 2.000 en risques professionnels.
- ○ Salaire mensuel moyen soumis à cotisation: 126.280 Frw.
- ○ Pension mensuelle moyenne: 29.780 Frw.
- ○ Taux de remplacement: 75%.
- ○ Taux de dépendance: 9.9%.

Plus de 43% de travailleurs assurés sont du secteur privé et 57% sont du secteur public. Ils sont concentrés plus en Ville de Kigali (67%) qu'ailleurs en provinces. Le recensement général de la population effectué en 2002, montre que l'agriculture, la pêche et la sylviculture occupent à elles seules 87% de rwandais et donc non soumis à l'assurance obligatoire. Il y a donc des efforts à faire pour assurer la protection sociale en assurance pension et risques professionnels.

### **Quelques innovations introduites par la loi n° 06/2003 du 22/03/2003 modifiant et complétant le Décret-loi du 22/08/1974.**

- ○ Assujettissement des mandataires politiques non retraités.
- ○ Recul de l'âge de la retraite de 55 à 65 ans, avec encouragement de partir à 55 ans.
- ○ Augmentation de 2% au lieu de 1% chaque année au delà de 15ans d'assurance.
- ○ 15 ans d'assurance au lieu de 20 ans.
- ○ Délai de déclaration d'accident (ou maladie) de 4 jours au lieu de 48 heures.
- ○ Droit aux prestations au Rwanda pour les assurés non résidents sur le territoire.
- ○ Introduction d'un plafond de 500.000 Frw sur les salaires soumis à cotisation dans le régime de base.
- ○ Proposition d'instauration du régime de pension complémentaire à cotisation définie

---

6 Chiffres recueillis auprès des services de la CSR.

sur les montants de cotisation au delà du plafond de 500.000 Frw. Le régime de pension complémentaire est géré par capitalisation individuelle et donne aux travailleurs la possibilité d'un revenu additionnel aux prestations du régime de base.

- Proposition d'introduction du taux de cotisation différentiel dans la branche des risques professionnels selon les catégories professionnelles à faible, à moyen et à haut risque d'accident de travail.

## Les prestations servies et les conditions exigées

### 1. Branche des pensions

| Prestation versée                | Conditions exigées   | Modalités de calcul  |
|----------------------------------|--|--|
| 1. Pension de vieillesse (P.V.)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Âge de 55 ans;</li> <li>○ 15 ans de cotisations et cesser toute activité salariée;</li> </ul>   | 15 ans d'assurance, PV = 30% RMM +2% de chaque année supplémentaire  |
| 2. Pension anticipée (PA)        | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cesser toute activité salariée;</li> <li>○ Diminution de capacité de travail due à une usure prématurée;</li> </ul>   | Idem que PV  |
| 3. Pension d'invalidité.         | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 5 ans d'affiliation;</li> <li>○ Être invalide;</li> <li>○ 6 mois d'assurance au cours de 12 derniers mois précédant le début de l'invalidité;</li> </ul>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mois d'assurance + mois d'assurance assimilés;</li> <li>○ RMM x 30% + 2% pour chaque année supplémentaire;</li> <li>○ La PI est majorée de 40% pour quelqu'un qui a besoin de façon constante de l'aide d'une tierce personne;</li> </ul> |
| 4. Allocation de vieillesse (AV) | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Avoir 55 ans;</li> <li>○ Cesser toute activité salariée;</li> <li>○ Avoir presté moins de 15 ans d'assurance;</li> <li>○ Avoir au moins 12 mois d'assurance;</li> </ul> | RMM X nombre de périodes de 12 mois;   |
| 5. Pension de survivants (PS)    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Le décès de l'assuré principal;</li> <li>○ Avoir cotisé pendant au moins 15ans d'assurance;</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 50% / veuve ou veuf</li> <li>○ 25% /orph. de père ou de mère</li> <li>○ 40%/orph. de père et de mère</li> </ul>   |
| 6. Allocation de survivants (AS) | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Idem que PS;</li> <li>○ Ne pas avoir 180 mois d'assurance;</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 25% chaque ascendant</li> <li>○ AS = autant de mensualités x le nombre de période de 6 mois sans dépasser 50% de AV;</li> <li>○ Chaque orphelin: ½ de l'AS</li> <li>○ ascendant direct reçoit 50% de AS</li> </ul>                        |

## 2. Branche des risques professionnels

| Prestation versée                               | Conditions exigées  | Modalités de calcul   |
|---|---|---|
| 1. Soins médicaux (SM), prothèses et orthopédie | <input type="checkbox"/> Être assuré;<br><input type="checkbox"/> Accident de travail ou maladie professionnelle;   | <input type="checkbox"/> remboursés à 100%  |
| 2. Indemnités journalières (IJ)                 | <input type="checkbox"/> Être assuré;<br><input type="checkbox"/> Accident de travail ou maladie professionnelle;<br><input type="checkbox"/> Non rémunéré en période d'arrêt de travail;   | $IJ = 75\% \text{ RJM} \times \text{Nbre de jours d'incapacité sans dépasser 180 jours}$  |
| 3. Rente d'incapacité (RI)                      | <input type="checkbox"/> Être assuré;<br><input type="checkbox"/> Degré d'incapacité supérieur ou égal à 15%;<br><input type="checkbox"/> Incapacité permanente totale ou partielle;<br><input type="checkbox"/> Perdre la totalité ou une partie du salaire;   | $RMM \times 85\% \times Ti$   |
| 4. Allocation d'incapacité (AI)                 | <input type="checkbox"/> Degré d'incapacité inférieur à 15%;<br><input type="checkbox"/> Perdre la totalité ou une partie du salaire;   | $AI = 3 \times RI \text{ annuelle}$   |
| 5. Rente des survivants                         | <input type="checkbox"/> Décès de la victime;<br><input type="checkbox"/> Mariage légitime;   | <input type="checkbox"/> 30%/veuf ou veuve<br><input type="checkbox"/> 15%/orphelin de père ou mère.<br><input type="checkbox"/> 20%/orphelin de père et mère.<br><input type="checkbox"/> 10%/ascendant direct ou adoptif. |
| 6. Allocation de frais funéraires               | <input type="checkbox"/> Mariage antérieur à la date d'accident / 6mois avant le décès;<br><input type="checkbox"/> Enfant célibataire non salarié;<br><input type="checkbox"/> Âgé de moins de 18ans ou 25ans pour les scolarisés;<br><input type="checkbox"/> Sans limite d'âge si incapacité physique ou mentale totale; |   |

### (b) La Rwandaise d'Assurance Maladie

#### Dispositif législatif et réglementaire

Par la loi n° 24/2001 du 27 avril 2001, il a été institué un régime d'assurance maladie des agents de l'État, dont la gestion a été confiée à la Rwandaise d'Assurance Maladie (RAMA). Ce texte de loi a été successivement modifié et complété par la loi n° 29/2002 du 19-09-2002 et celle n° 27/2007 du 26-06-2007.

### **Population couverte et non couverte**

Dans le secteur structuré, les populations ayant une couverture formelle en assurance maladie sont les suivantes:

- Les agents de l'État et des établissements publics qui sont affiliés obligatoirement à la RAMA.
- Les travailleurs du secteur privé structuré qui sont affiliés volontairement soit à la RAMA, soit dans des sociétés d'assurance privées, selon le désir de chaque employeur. En effet, certaines entreprises qui se portent bien financièrement optent souvent pour une prise en charge des dépenses des soins médicaux occasionnées par leurs travailleurs. Le niveau des prestations offertes varie d'une entreprise à une autre.

Par ailleurs, dans le même secteur structuré, certaines catégories de population sont laissées pour compte en matière de couverture maladie. Il s'agit notamment:

- des travailleurs oeuvrant dans des professions libérales;
- des travailleurs oeuvrant dans de petites et moyennes entreprises, voire des grandes entreprises, qui n'ont pas suffisamment de moyens financiers pour une prise en charge directe des soins médicaux; ou bien ceux dont les employeurs négligent de souscrire à une assurance maladie, faute de contrainte légale;
- des bénéficiaires des pensions et rentes servies par la CSR.

### **Financement de l'assurance maladie gérée par la RAMA**

La source principale de financement provient des cotisations. Le taux de cotisation de la branche d'assurance maladie gérée par la RAMA est de 15% du salaire de base dont 7,5% à charge de l'employeur et 7,5% à charge du travailleur. De manière subsidiaire, le financement provient des majorations de retard encourues pour cause de retard dans le paiement des cotisations et dans la production des déclarations des salaires soumis à cotisation. Ces majorations sont fixées à 1,5% par mois ou fraction de mois de retard écoulé depuis la date d'échéance des cotisations. Les produits des placements d'excédents de trésorerie entre les cotisations encaissées et les prestations servies constituent également une source de financement de ce régime.

Le tableau ci-dessous montre l'évolution des personnes affiliées à la RAMA de 2001 à 2009<sup>7</sup>:

| Année                                | 2001    | 2002    | 2003    | 2004    | 2005    | 2006    | 2007    | 2008   | 2009   |
|--------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|
| <b>Nombre d'affiliés</b>             | 34 883  | 42 346  | 49 283  | 54 970  | 58 078  | 66 948  | 69 483  | 79 777 | 84 103 |
| <b>Nombre d'ayants droit</b>         | 74 649  | 90 797  | 106 111 | 118 185 | 125 451 | 134 540 | 147 304 | 160913 | 161416 |
| <b>Nombre total de Bénéficiaires</b> | 109 532 | 133 143 | 155 394 | 173 155 | 183 529 | 201488  | 216787  | 240690 | 245519 |

**Source: Statistiques des services de la RAMA**

### Prestations servies

La branche d'assurance maladie gérée par la RAMA couvre tous les soins médicaux (curatifs et préventifs) avec un ticket modérateur de 15 % à charge du bénéficiaire des soins et une période de stage de 3 mois avant le début des remboursements.

Néanmoins, les prestations ci-après ne sont pas prises en charge par la RAMA: les soins médicaux en dehors du pays; les ARV (prise en charge à 100% par d'autres structures étatiques) ; la chirurgie esthétique; les spécialités médicamenteuses ayant des équivalents génériques ; les expertises médico-légales.

La RAMA collabore avec tous les centres de santé publics et agréés (412), tous les hôpitaux de districts (32), tous les hôpitaux de référence (4), 21 polycliniques privées conventionnées, 13 pharmacies privées conventionnées et 12 pharmacies propres.

Le schéma ci-dessous montre les prestations fournies et leur financement:

| Organisme  | Prestations  | Financement  |
|--|--|--|
| RAMA (loi n° 24/2001 du 17-04-2001 actualisée par la loi n° 27/2007 du 26-06-2007) | Tous les soins médicaux et para médicaux, sauf les ARV, les soins extraterritoriaux, la chirurgie esthétique, etc. | 15% du salaire de base dont 7,5% à charge du travailleur et 7,5% à charge de l'employeur |

7 Study on the linkages between formal social security schemes and community-based social protection mechanisms (BIT/STEP, Kigali, p. 2).

### (c) La Military Medical Insurance (MMI)

#### Cadre légal et institutionnel

Fondée en 2005 par la loi no 14/2004, cette assurance maladie de l'Armée est basée sur le modèle de la RAMA. Les militaires sont affiliés obligatoirement à l'assurance maladie gérée par la MMI. Cette assurance couvrirait un nombre d'affiliés estimé à 100.000 personnes, soit environ 1,1% de la population rwandaise<sup>8</sup>.

Le financement de la branche d'assurance maladie gérée par la MMI est essentiellement constitué de cotisations. C'est une assurance de type contributif, le taux de cotisation s'élève à 22,5% du salaire de base dont 17,5% à charge de l'employeur et 5% à charge du militaire affilié. De manière subsidiaire, le financement provient des majorations de retard et des produits des placements d'excédents de trésorerie à l'instar de la RAMA.

Les prestations assurées par la MMI sont les mêmes que celles assurées par la RAMA avec un ticket modérateur de 15 % à charge du bénéficiaire des soins. L'armée dispose de son propre système de santé (depuis les dispensaires des unités jusqu' à leur propre hôpital de référence). La MMI a signé des conventions de collaboration avec les structures publiques de soins et 15 cliniques privées, 13 pharmacies plus toutes celles avec lesquelles la RAMA a conventionné.

Le schéma ci-dessous montre les prestations fournies et leur financement:

| Organisme   | Prestations   | Financement  |
|---|---|--|
| MMI (Military Medical Insurance) loi n° 23/2005 du 12-12-2005 | Tous les soins médicaux (curatifs et préventifs) servis par la RAMA | 22,5% du salaire de base dont 17,5% à charge de l'État et 5% à charge du travailleur |

8 Study on the linkages between formal social security schemes and community-based social protection mechanisms (BIT/STEP, Kigali, p. 3).



### 2.2.2. Assistance sociale

Certaines catégories de population du secteur non structuré ont une prise en charge gratuite de la part de l'État en matière des soins médicaux. Il s'agit de:

- □ Les rescapés du génocide les plus démunis dont la prise en charge est effectuée par les contributions de l'État dans les mutuelles de santé communautaires.
- □ Les prisonniers dont la prise en charge est assurée par le MININTER.
- □ Le personnel du service national des juridictions GACACA dont la prise en charge est effectuée à la RAMA.
- □ Les intègres (Inyangamugayo) dont la prise en charge est effectuée dans les mutuelles de santé communautaires.

Les indigents sont pris en charge dans des mutuelles de santé, grâce aux contributions budgétaires de l'État et des aides des ONG à travers le panier commun des contributions.

D'autres catégories de population comme les chômeurs, les étudiants de l'enseignement supérieur (à l'exception des étudiants de l'UNR et du KHI) et les religieux/religieuses n'ont pas de couverture d'assurance maladie.

### 2.3. Le système de santé

Le développement du système de santé au Rwanda a été marqué par de grandes réformes par la stratégie des soins de santé primaires adoptée par la Conférence Internationale d'Alma Ata en 1978 et poursuivie par la 35<sup>ième</sup> session du Comité Régional Africain de l'Organisation Mondiale de la Santé tenue à Lusaka en 1985, de même que l'Initiative de Bamako de 1987 dans une perspective de soins de santé pour tous, à moindre coût, en intégrant la participation communautaire à l'effort de sa santé.

Le système national de santé du Rwanda se présente sous forme de pyramide à deux niveaux : le niveau central et le niveau périphérique.

**Le niveau central** est responsable de (i) la définition de la politique sanitaire et l'élaboration des stratégies d'intervention; (ii) la planification, l'administration et la coordination du secteur de la santé; (iii) la définition des normes de qualité, leur suivi et leur évaluation. Il est représenté par les différents services et programmes rattachés au cabinet du Ministre.

**Au niveau périphérique**, les services de santé correspondent aux divisions administratives conformément à la politique de décentralisation (Cfr Instructions du Ministre de la Santé N°20/16 du 10/04/2006 portant sur le fonctionnement des services de santé dans les districts).

Du point de vue administratif, au niveau du district, il existe une unité chargée de la santé, de la promotion familiale et de la protection de l'enfant, la mutuelle de district, la pharmacie de district et un comité de lutte contre le SIDA. Pour les autres subdivisions administratives, il y a un chargé des affaires sociales et de la santé au secteur, un chargé de la santé au niveau de la cellule et un conseiller à la santé au niveau de chaque quartier (Umudugudu).

Du point de vue opérationnel, on distingue les postes de santé, les centres de santé, les hôpitaux de district et les hôpitaux de référence nationale.

- ○ Le conseiller santé responsable du **poste de santé au niveau du quartier** est chargé des activités curatives, préventives et promotionnelles: promotion des mutuelles de santé, de la planification familiale, de l'hygiène et de l'assainissement, de la prévention du VIH/SIDA et du paludisme notamment par la distribution des moustiquaires, la distribution des médicaments contre le paludisme, la fièvre, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës. Il est chargé en plus de la sensibilisation des femmes enceintes pour faire les consultations prénatales et l'accouchement en milieu assisté. Le conseiller est chargé de la collecte des statistiques des naissances et des décès, particulièrement les décès maternels.
- ○ **Les centres de santé offrent les soins de santé de base dont l'ensemble constitue le Paquet Minimum d'activités (PMA)**<sup>9</sup>. Le PMA couvre les activités promotionnelles (nutrition, participation communautaire, visite à domicile, information, éducation et communication), les activités de prévention (consultations prénuptiales, soins prénatals, soins post-partum pour la mère et l'enfant, conseils et services de la planification familiale, activités de santé scolaire et surveillance épidémiologique) et les activités curatives (consultation curative, prise en charge des maladies chroniques, réhabilitation nutritionnelle, soins curatifs, observation avant l'hospitalisation, accouchements eutociques, interventions chirurgicales mineures et analyses de laboratoire).

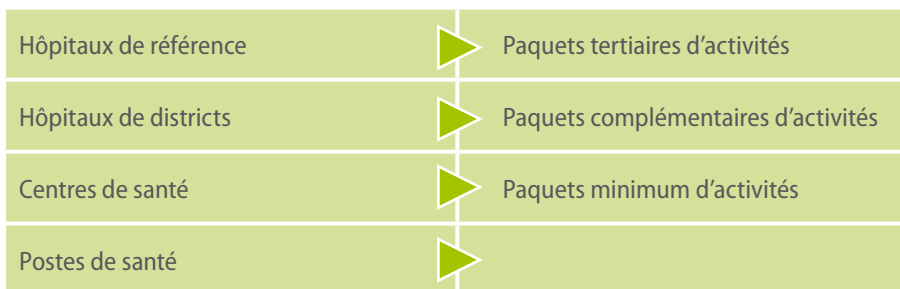
---

9 Politique de développement des mutuelles de santé, décembre 2004.

- □ **Les hôpitaux de district** constituent en même temps la référence pour les centres de santé. Les patients y bénéficient du **Paquet Complémentaire d'Activités (PCA)**<sup>10</sup>. Le PCA pour les hôpitaux de districts inclut les activités promotionnelles et les activités curatives du PMA avec un accent sur le traitement des référés. Les activités supplémentaires suivantes sont incluses dans le PCA: la prévention, y compris les consultations préventives pour des cas référés et les consultations prénatales pour les grossesses à risque ; la planification familiale avec la disponibilité de toutes les méthodes pour les cas référés, y compris la ligature des trompes et la vasectomie ; les soins curatifs référés y compris la prise en charge des accouchements dystociques, les urgences médicales et chirurgicales, les interventions chirurgicales mineures et majeures, les soins hospitaliers, les analyses de laboratoire et l'imagerie médicale; et la gestion incluant la formation du personnel paramédical et les activités de supervision.
- □ **Les hôpitaux de référence nationale** qui sont: le Centre Hospitalo Universitaire de KIGALI (CHUK) et le Centre Hospitalo Universitaire de BUTARE (CHUB) couvrent toutes les spécialités, ainsi que le Centre Neuropsychiatrique de NDERA qui est un hôpital spécialisé.

Il faut noter que l'Hôpital Roi FAYCAL est un hôpital privé offrant des soins de haute qualité dont le rôle est de diminuer le nombre de cas référés à l'étranger.

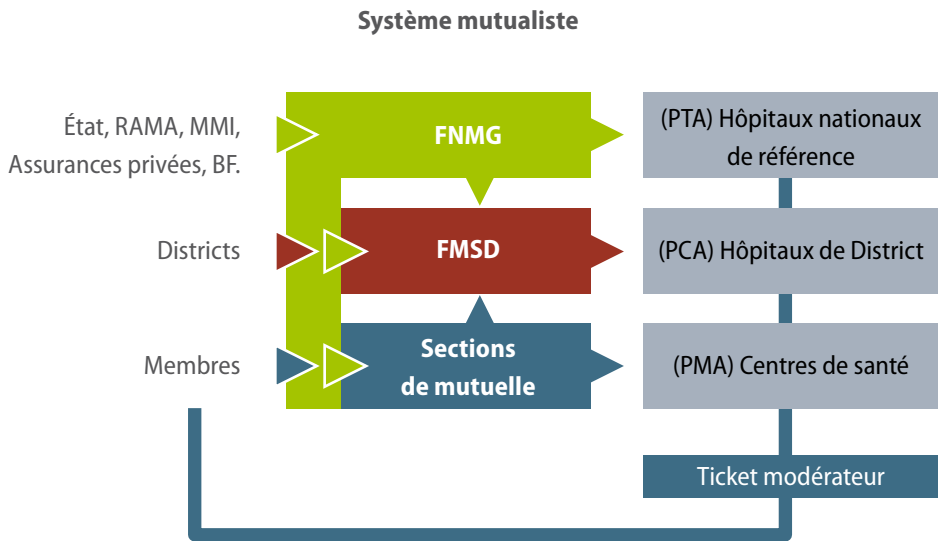
Le schéma ci-après visualise la structure du système de santé au Rwanda:



10 Politique de développement des mutuelles de santé, décembre 2004.

## 2.4. Le système communautaire de protection sociale : les mutuelles de santé

### Le système mutualiste au Rwanda



Source: Bernard André-Systèmes innovants en Afrique: Cas du Rwanda, Nov 2008 BIT - STEP Dakar.

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

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

Les premières mutuelles ont vu le jour dans les anciens districts de Byumba, Kabutare et Kabgayi avec l'adhésion libre des populations<sup>11</sup>. C'est en 2001 que le processus s'accélère lorsque l'État décide d'apporter un soutien renforcé au développement des mutuelles de santé.

11 CTAMS: Study on the linkages between formal social security schemes and community-based social protection mechanisms, 2007.

En 2005 est créée au sein du Ministère de la santé une **cellule technique d'appui aux mutuelles de santé**. La cellule a pour missions l'élaboration d'un cadre légal, d'un plan stratégique de développement des mutuelles de santé, du suivi-évaluation ainsi que du renforcement des capacités des acteurs.

**Le développement des mutuelles de santé au Rwanda est une option délibérée du Gouvernement** pour accroître l'accessibilité financière de la population aux soins de santé et pour accroître le financement des structures de santé. Les bénéficiaires des mutuelles de santé ont accès aux soins de santé primaires, secondaires et tertiaires au même titre que les travailleurs du secteur structuré.

### Couverture géographique en mutuelles de santé

A l'heure actuelle, l'adhésion de la population à des mutuelles de santé s'opère dans une dimension d'activisme sans précédent. L'adhésion de la population à des mutuelles de santé a été progressive mais la dynamique a été réellement enclenchée en 2004. C'est ainsi qu'avec un taux d'adhésion de 7% en 2003, on est passé à des taux d'adhésion respectivement de 27% en 2004, 44.1% en 2005, 73% fin octobre 2006, 75% fin novembre 2007, 85 % fin décembre 2008 et 86% à fin juin 2009<sup>14</sup>.

Le tableau ci-dessous montre le détail des taux d'adhésion dans les 30 mutuelles de santé de district au Rwanda (situation de fin d'année 2008).<sup>13</sup>

| Mutuelle de santé de district | Taux d'adhésion | Mutuelle de santé de district | Taux d'adhésion |
|-------------------------------|-----------------|-------------------------------|-----------------|
| BUGESERA                      | 97%             | NYAMASHEKE                    | 96%             |
| GATSIBO                       | 98%             | RUBAVU                        | 80%             |
| KAYONZA                       | 97%             | RUSIZI                        | 85%             |
| KIREHE                        | 78%             | RUTSIRO                       | 86%             |
| NGOMA                         | 75%             | GISAGARA                      | 75%             |
| NYAGATARE                     | 83%             | HUYE                          | 79%             |
| RWAMAGANA                     | 87%             | KAMONYI                       | 92%             |
| BURERA                        | 94%             | MUHANGA                       | 86%             |
| GAKENKE                       | 86%             | NYAMAGABE                     | 84%             |
| GICUMBI                       | 87%             | NYANZA                        | 73%             |
| MUSANZE                       | 75%             | NYARUGURU                     | 85%             |
| RULINDO                       | 100%            | RUHANGO                       | 79%             |
| KARONGI                       | 80%             | GASABO                        | 69%             |
| NGORORERO                     | 80%             | KICUKIRO                      | 82%             |
| NYABIHU                       | 95%             | NYARUGENGE                    | 79%             |

12 Informations recueillies auprès de la Cellule Technique d'Appui aux Mutuelles de Santé.

13 Article OMS, février 2009: INYARUBUGA Hertilan.

Le taux moyen d'adhésion (ou de pénétration) au niveau national est de 85% en fin d'année 2008.



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

Chaque mutuelle de district est subdivisée et constituée d'autant de sections de mutuelles qu'il y a de centres de santé agréés dans le district. Jusqu'à fin décembre 2009, on dénombre 412 sections de mutuelles de santé communautaires, correspondant à 412 centres de santé sur tout le territoire national.

### Couverture des soins de santé par les mutuelles

Les mutuelles de santé couvrent tous les services et médicaments offerts au niveau des centres de santé (paquet minimum d'activités - PMA), tous les services et actes au niveau de l'hôpital (paquet complémentaire d'activités - PCA) et tout le paquet tertiaire d'activités - PTA au niveau des hôpitaux nationaux de référence. Il s'agit de:

- Vaccination;
- Consultation;
- Chirurgie;
- Soins et chirurgie dentaire;
- Examens de radiologie et de scanner;
- Examens de laboratoires;
- Soins de kinésithérapie;
- Hospitalisation;
- Produits pharmaceutiques sur base d'une liste agréée par les mutuelles de santé;
- Soins prénataux et postnataux;
- Remboursements des frais d'ambulance;
- Accès aux prothèses et aux orthèses dont la valeur ne dépasse pas le plafond déterminé par le fonds de mutuelle de santé;
- ainsi que les autres actes médicaux déterminés par Arrêté ministériel.

### **Financement des soins de santé**

L'accessibilité financière aux soins de santé se base sur trois principes fondamentaux:

- La cotisation mutualiste doit être abordable pour le plus grand nombre.
- La solidarité entre les membres: chacun doit payer quelque chose.
- La population ne doit pas payer deux fois le coût des soins.

Ainsi, l'État a fixé le montant de la participation des mutuelles de santé à 2.000 Frw (+/- 4,16 \$) par adhérent et par an. Cette participation est répartie comme suit:

- 1.000 Frw à charge du bénéficiaire;
- 1.000 Frw à charge du Fonds National de Garantie des mutuelles de santé.

Le ticket modérateur a été fixé à 200 Frw au niveau des centres de santé et de 10 % du coût d'hospitalisation dans les hôpitaux de district et dans les hôpitaux nationaux de référence.

Les mutuelles couvrent le gap de financement entre les coûts réels de la santé et le financement disponible. Le reste étant couvert par l'État et les bailleurs de fonds.

Le budget de la santé couvert par les mutuelles de santé est estimé comme suit:

- La population mutualiste est de 7.722.126 personnes
- Le budget contribution mutuelles de santé : 2.000 Frw/an/bénéficiaire à charge des mutuelles de santé = 15,44 milliards de Frw/an (+/- 32,2 millions \$/an).

Pour permettre un développement harmonieux, les mutuelles de santé sont fortement appuyées par le Fonds National de garantie brièvement décrit ci-après.

### **Fonds National de garantie des mutuelles de santé**

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

Son rôle est de:

- Payer les factures des soins médicaux des affiliés aux mutuelles de santé qui ont bénéficié des soins médicaux dans des hôpitaux nationaux de référence ;
- Venir en aide aux mutuelles de santé en difficultés financière due à différents facteurs;
- Aider les mutuelles de santé de district à effectuer des compensations pour soins médicaux obtenus par leurs affiliés auprès des établissements sanitaires sans contrat conclu avec les mutuelles auxquelles ils sont affiliés.

Sources de financement du FNGM :

- Les subventions de la RAMA équivalentes à un pourcent (1%) du volume des fonds collectés chaque mois ;
- Les subventions de l'Assurance maladie gérée par MMI équivalentes à un pourcent (1%) du volume des fonds collectés chaque mois ;
- Les subventions de chaque établissement privé d'assurance maladie opérant dans le pays équivalentes à un pourcent (1 %) du volume des fonds collectés chaque mois;
- Les fonds équivalents à 13 % prélevés sur le budget ordinaire annuel du Ministère de la Santé ;
- Les aides des donateurs.

### Fréquence d'utilisation de services de santé

Avec le développement des mutuelles de santé, on assiste à une fréquentation progressive de la population à des services de santé et une augmentation remarquable des recettes au niveau des structures de santé.

L'activisme d'adhésion aux mutuelles que l'on constate actuellement prend racine à des opportunités pluridimensionnelles qui accompagnent le développement des mutuelles de santé dans le pays. Il s'agit surtout:

- de l'engagement du Gouvernement;
- de la bonne politique de décentralisation;
- de l'existence des structures de santé dans tous les districts administratifs;
- du dialogue social entre les partenaires;
- du fait que les mutuelles de santé communautaires font parties des indicateurs de performance que signent les Maires des districts;
- de la solidarité des autres assurances œuvrant dans le pays avec les mutuelles de santé;
- des témoignages des bénéficiaires des mutuelles de santé.

Le tableau ci-dessous montre l'augmentation des taux d'utilisation des services de santé par la population entre 2001 et 2007<sup>14</sup>:

| Année | Taux moyen d'utilisation |
|-------|--------------------------|
| 2001  | 24,7%                    |
| 2002  | 28,4%                    |
| 2003  | 30,7%                    |
| 2004  | 39,0%                    |
| 2005  | 46,8%                    |
| 2006  | 60,7%                    |
| 2007  | 72,0%                    |



Par ailleurs on constate que les mutuelles de santé, en synergie avec le programme de la lutte contre le paludisme, la contractualisation des performances et le programme des agents de santé communautaires, ont permis une amélioration des indicateurs de l'EDPRS (DHS, 2007). En effet, le taux d'accouchement assisté qui se situait à 28% en 2005, a atteint 45% en 2007 ; le taux de mortalité infantile qui était de 139/1000 en 2005, a atteint 62/1000 en 2007. Le taux de mortalité des enfants en dessous de 5 ans qui était de 152/1000 en 2005, a reculé à 103/1000 en 2007.

### **Structure organisationnelle des mutuelles de santé**

Déterminée par la loi n° 62/2007 du 30-12-2007 portant création, organisation, fonctionnement et gestion des mutuelles de santé, la structure organisationnelle des mutuelles de santé s'est adaptée à celle du cadre institutionnel mise en place par les réformes de la décentralisation. En effet, des comités mutualistes existent à partir de la Cellule, du Secteur et du District. Elles sont coordonnées au niveau de la Cellule Technique d'Appui aux Mutuelles de Santé du Ministère de la Santé. Les mutuelles de Santé au niveau des Districts sont renforcées par le Fonds National de Garantie attaché au Ministère de la Santé.

La représentativité dans tous ces organes mutualistes est démocratique, volontaire et s'acquiert à travers les élections.

---

14 Article OMS, février 2009: INYARUBUGA Hertilan.

Le schéma qui suit présente les rapports d'interaction et de coopération entre les différents niveaux opérationnels:

| Autorités   | Formations sanitaires  | Mutuelles de Santé  | Structures d'appui   |
|---|--|---|--|
| <b>Au niveau Nationale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Ministère de la Santé Publique</li> <li>□ Ministère des Finances</li> <li>□ Ministère de la Défense Nationale</li> <li>□ Ministère de la Fonction Publique et du Travail</li> <li>□ Ministère de l'Intérieur, des Affaires Sociales et des Collectivités Locales</li> </ul> | <b>Au niveau national</b><br>Hôpitaux de référence nationale<br>Centre Hospitalo-Universitaire de Kigali<br>Centre Hospitalo-Universitaire de Butare - Centre Neuro-Psychiatrique de Ndera<br>Hôpital Roi FAYCAL | <b>Au niveau National</b><br>Confédération nationale des mutuelles de santé                                     | <b>Au niveau national</b><br>Cellule Technique d'Appui aux mutuelles de santé (CTAMS)  |
| <b>Au niveau des Districts (30 Districts Administratifs)</b><br>Maire de District<br>Chargé des Affaires Sociales<br>Point focal des mutuelles de santé<br>Fonds National de Garantie   | <b>Au niveau des Districts</b><br>Districts Sanitaires<br>30 Hôpitaux de District  | <b>Au niveau des Districts</b><br>30 Mutuelles de santé de District<br>Union des mutuelles de santé de District | <b>Au niveau des Districts</b><br>Structure d'appui (Comité de gestion des mutuelles de District)                                    |
| <b>Au niveau des Secteurs</b><br>(412 secteurs)<br>Chef de secteur  | <b>Au niveau des Secteurs</b><br>Centre de santé<br>(412 centres de santé)   | <b>Au niveau des Secteurs</b><br>Mutuelle de santé<br>(412 sections de mutuelles)                               | <b>Au niveau des Secteurs</b><br>Structure d'appui: Comité de gestion de la mutuelle de santé<br>Un comptable de section de mutuelle |
| <b>Au niveau de la Cellule</b><br>Autorités de base:<br>Coordinateur de la cellule<br>Chargé de l'information<br>Elue des femmes<br>Elu chargé de la jeunesse   | <b>Au niveau de la Cellule</b><br>Poste de santé<br>Chargé de la santé   | <b>Au niveau de la Cellule</b>  | <b>Au niveau de la Cellule</b><br>Structure d'appui: Comité d'animateurs mutualistes (4 membres)                                     |

Au niveau de la cellule, le comité de la mutuelle de santé est composé de quatre membres adhérents. Il s'agit : d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire trésorier et deux conseillers dont obligatoirement une femme. Les autorités de base, dont le coordinateur

de la cellule, le chargé de l'information, l'élue chargée des femmes et l' élu chargé de la jeunesse, jouent un rôle d'appui et de conseil aux membres élus du comité de la mutuelle au niveau de la cellule.

Les tâches du comité au niveau de la cellule comprennent :

- ○ la sensibilisation à l'adhésion et à la ré-adhésion;
- ○ la conscientisation sur le principe de solidarité;
- ○ l'identification des associations et des indigents;
- ○ la convocation des réunions de l'assemblée générale;
- ○ le recensement des adhérents et non adhérents;
- ○ la rédaction des rapports et la collecte des cotisations.

**Au niveau du secteur**, le comité de la mutuelle de santé est composé par tous les présidents des mutuelles de santé du niveau cellule, les responsables des cellules ainsi que les chargés des affaires sociales. Leurs tâches comprennent :

- ○ la sensibilisation;
- ○ le suivi et évaluation des comités mutualistes des cellules;
- ○ la collaboration avec le trésorier du comité de la mutuelle au niveau de la zone de rayonnement du centre de santé partenaire.

**Au niveau du centre de santé partenaire**, il existe un comité de gestion de la mutuelle de santé composé d'un président, d'un vice président, d'un secrétaire trésorier et deux conseillers qui sont tous élus. Il s'y ajoute le président du comité de santé et le titulaire en qualité de conseillers. Les tâches du comité comprennent :

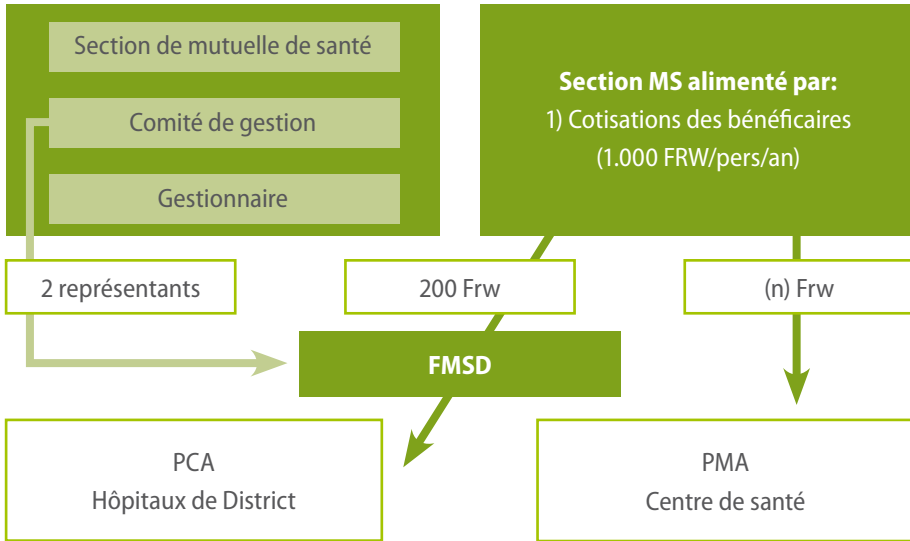
- ○ la collecte et la gestion des cotisations;
- ○ la rédaction des rapports;
- ○ l'organisation des assemblées générales.
- ○ le secrétaire comptable est payé par la mutuelle de santé et assure de façon permanente la gestion quotidienne administrative et financière de la mutuelle de santé.

**Au niveau du district**, il existe un comité dont la composition est la suivante : le Maire, le point focal des mutuelles de santé, les titulaires des centres de santé, les vices maires des affaires sociales, les présidents des mutuelles de santé des zones de rayonnement des centres de santé, et les représentants de la société civile.

**Au niveau du district sanitaire**, il existe une fédération des mutuelles de santé dont le rôle est d'apporter l'assistance technique aux différentes mutuelles de santé de Districts et de gérer les relations contractuelles avec les hôpitaux de district.

## Le système mutualiste au Rwanda

### L'organisation des mutuelles de santé



Source: Bernard André, BIT/STEP Dakar: *Systèmes innovants en Afrique: Cas du Rwanda*, Nov 2008

## 2.5. Les sociétés d'assurance privées

Constatant que les régimes publics de sécurité sociale n'offrent qu'une protection de base limitée au niveau des prestations servies en pension et en maladie, les assurances privées ont opté de compléter cette protection sociale par une large gamme de produits de nature à apporter un complément substantiel de prestations en cas d'accidents ou de maladies, en cas de retraite, etc.

A titre d'illustration, les compagnies d'assurance privées mettent à la disposition du public les produits d'assurances vie suivants:

- assurance accidents (individuelle ou collective);
- assurance globale protection des employés (décès naturel, invalidité, perte d'emploi pour cause de maladie);
- pension complémentaire de retraite;
- assurance maladie;
- assurance éducation.

L'opinion dominante dans le pays soutient de telles initiatives et propose même qu'elles s'étendent et se renforcent aussi bien dans le secteur structuré que dans le secteur informel et le secteur rural.

Le Gouvernement est également d'avis qu'il faut encourager la contribution ainsi offerte par ce secteur privé d'assurances, mais, en tant que garant de la sécurité et du bien-être général des populations, il pourrait épauler ce secteur par la mise en place d'un cadre légal approprié. Le taux de couverture sociale reste très faible, c'est-à-dire environ de 1% de la population du pays.

La SORAS, Société Rwandaise d'Assurance, est l'une des anciennes sociétés d'assurance privée. Née en 1982, l'assurance maladie n'a commencé qu'en 2006 (Médiplan). Actuellement, elle compte plus de 1.100 adhérents et 3.600 bénéficiaires, essentiellement des sociétés privées, des organisations internationales et autres associations. L'assurance, groupe d'un minimum de 10 personnes, est encouragée aussi bien du secteur privé que du public, mais le niveau de facilités de santé diffère, il est respectivement de 436 \$ et 109\$ par an et selon les contrats signés conjointement. Le ticket modérateur pour tout bénéficiaire est de 10% du total de la facture. Les membres de la SORAS sont réassurés par Munich Ré.

La CORAR, Compagnie Rwandaise d'Assurance et de Réassurance, a ouvert l'assurance maladie en Janvier 2007. Elle compte 414 affiliés et plus de 814 bénéficiaires. Quatre catégories de prestations sont fournies avec des cotisations allant de 727 à 264\$ par an aux groupes comme aux individus. Le ticket modérateur diffère selon la catégorie. La CORAR prend sa réassurance en Africa Ré et Avenir Ré.

L'AAR, Africa Air Rescue, est une organisation de gestion de santé opérant dans la région d'Afrique de l'Est depuis 1984 et implantée au Rwanda en Aout 2005. Les bénéficiaires sont actuellement autour de 3.000 comprenant les individus, les familles et les groupes. Les principales zones d'intervention sont les services d'urgences, les soins hospitaliers y compris les évacuations urgentes par avion et les soins funéraires.

*Source: Protection sociale BIT/STEP Kigali.*

# ③ Stratégies d'extension de la protection sociale au Rwanda

Le Gouvernement du Rwanda a élaboré en 2002 un document de stratégie de lutte contre la pauvreté (EDPRS), cadre de référence en matière de politique et de lutte contre la pauvreté. En élaborant le document, l'accent a été mis sur la nécessité de faire de la protection sociale un des piliers de sa stratégie, à côté des investissements dans l'accès aux services sociaux de base et dans la création des richesses pour assurer une réduction durable de la pauvreté.

Dans le cadre du suivi de la mise en place des orientations de l'EDPRS, le Gouvernement a élaboré une politique nationale de protection sociale adoptée en novembre 2005 et une politique nationale de sécurité sociale adoptée en février 2009.

La politique nationale de protection sociale et celle de sécurité sociale sont considérées comme une composante importante de la stratégie de lutte contre la vulnérabilité et la pauvreté.

Ces politiques constituent des outils essentiels pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Dans le cadre de la stratégie nationale de mise en application de ces politiques, il a été élaboré la politique de développement des mutuelles de santé au Rwanda en vue de concourir à la réalisation des objectifs fixés par l'EDPRS et les OMD.

Pour réaliser la mise en œuvre et le développement de la politique nationale de protection sociale, le Gouvernement a adopté le cadre stratégique basé sur trois axes fortement corrélés entre eux:

- ○ Axe 1: Réforme et renforcement des systèmes formels de protection sociale.
- ○ Axe 2: Extension de la protection sociale à d'autres travailleurs non salariés et à d'autres domaines non pris en compte par les systèmes existants.
- ○ Axe 3: Amélioration de la capacité financière des populations.

Néanmoins ce travail va se limiter au développement des deux premiers axes.

### 3.1. Réforme et renforcement des systèmes formels de protection sociale existants

#### Réformes d'ordre juridique

Il s'agit de mettre en place un arsenal de textes juridiques cohérents et correctement hiérarchisés:

- ○ Définir le cadre juridique de base de la protection sociale au Rwanda, autrement dit, l'élaboration et la promulgation d'un code général de protection sociale d'où prendront appui les divers autres textes de lois régissant les organismes tant publics que privés qui interviennent dans la gestion de la protection sociale au Rwanda;
- ○ Harmoniser et améliorer les textes législatifs et réglementaires régissant les systèmes formels existants de protection sociale avec le code général de protection sociale;
- ○ Procéder à la ratification des textes juridiques ayant trait au travail et à la protection sociale non encore ratifiés par le Rwanda;
- ○ Elaborer et promulguer une loi-cadre régissant les sociétés d'assurance privées qui interviennent dans la gestion de la protection sociale;
- ○ Promulguer tous les textes d'application du nouveau Code du Travail.

#### Mise en place et renforcement des organes de gestion

Il s'agit de:

- ○ Redéfinir le cadre institutionnel actuel de la CSR et de la RAMA dans le sens de leur conférer plus d'autonomie et de marge de manœuvre dans la réalisation des missions respectives leur confiées. Le projet de fusion des deux Institutions sortira certainement au cours de cette année 2010;
- ○ Mettre en place un Conseil d'Administration composé de façon paritaire entre les représentants de l'État, les représentants des travailleurs et des employeurs ; avec une présidence tournante de cet organe. Ainsi, les trois partenaires se sentiront plus concernés et responsables de la bonne gouvernance de ces organismes gestionnaires;
- ○ Mettre sur pied un Comité spécialisé d'investissement des fonds des organismes de sécurité sociale;
- ○ Mettre en place les organes de contrôle interne appuyés par des audits externes périodiques;
- ○ Introduire dans la gestion quotidienne des organismes de protection sociale les

méthodes managériales modernes et spécifiques à la gestion des organismes de protection sociale.

- Forme les ressources humaines de qualité chargées de gérer les systèmes de protection sociale mis en place;
- Mettre en place des stratégies d'information, de communication et de sensibilisation des divers partenaires de la protection sociale.

## 3.2. Extension des systèmes formels de protection sociale existants

### 3.2.1. Extension des systèmes de protection sociale gérés par la CSR

La mission confiée à la CSR consiste à gérer de façon efficace et efficiente un régime de sécurité sociale auquel sont assujettis les travailleurs salariés œuvrant sur le territoire national. La vision de la CSR est d'intégrer toute la population salariée dans le régime qu'elle gère à l'horizon 2020. Cette extension de la couverture à toute la population assujettie renforcera la solidarité entre les générations.

L'objectif recherché est de répondre à la principale préoccupation des travailleurs surtout du secteur informel qui, jusqu'à présent, ne bénéficient d'aucune protection sociale en dehors des services de santé via les mutuelles de santé.

Partant de l'hypothèse qu'un nombre important de travailleurs du secteur informel et du secteur rural seront sans revenus quand ils vont atteindre l'âge de la retraite ou en cas de survenance d'un aléa responsable d'invalidité ou de décès et risquent ainsi de basculer dans la pauvreté, il s'avère impératif d'étendre en direction de ces travailleurs, et le cas échéant, de leur descendance, une couverture sociale adaptée à chaque profession.

Actions à mener à court terme

- sensibilisation des travailleurs du secteur informel à la logique d'assurance;
- sensibilisation des travailleurs du secteur informel à la logique d'épargne;
- supprimer toutes les causes de méfiance à l'égard du niveau des prestations et de la qualité des services rendus par la CSR aux assurés du secteur structuré;
- encourager les travailleurs du secteur informel à adhérer à l'assurance volontaire gérée par la CSR ou à prendre une formule d'assurance pension dans la gamme des produits offerts par les compagnies d'assurances privées.



#### Actions à mener à moyen terme

- ○ organiser le secteur informel en associations ou coopératives par métiers, par professions, etc. afin de constituer des groupes solidaires dans le cadre des micro-assurances à base communautaire;
- ○ adapter la structure des prestations et des cotisations aux besoins prioritaires et à la capacité contributive des travailleurs de l'économie informelle;
- ○ mettre en place une assurance maternité;
- ○ améliorer le système des pensions en introduisant de nouveaux produits intéressants dont la pension complémentaire et le fonds d'épargne obligatoire (Provident fund) gérés en capitalisation en vue d'une assurance éducation, logement, santé.
- ○ privilégier l'approche de l'adhésion volontaire des membres des associations;
- ○ mise en place par l'État des mesures incitatives à s'assurer auprès des organismes d'assurance publics ou privés (subventions publiques, défiscalisation des cotisations payées par l'employeur et par le travailleur);
- ○ développer des synergies avec les organismes telles que la RAMA et la MMI en vue de profiter de l'expertise de ces dernières;
- ○ accélérer l'intégration et l'harmonisation des systèmes de sécurité sociale des pays de la Communauté de l'Afrique de l'Est (East African Community).

#### **3.2.2. Extension des systèmes de protection sociale gérés par la RAMA et la MMI**

Les organismes publics d'assurance maladie constituent un atout important de prise en charge des soins de santé en faveur des travailleurs tant du secteur public que du secteur privé structuré. Ils doivent aussi s'étendre progressivement au secteur informel capable de s'acquitter des cotisations demandées.

Schématiquement, ces organismes publics pourraient mener les actions suivantes:

- ○ Participer aux campagnes de prévention des cinq principales maladies identifiées au Rwanda (le paludisme, les maladies diarrhéiques, la pandémie du VIH/SIDA, la tuberculose et les maladies respiratoires) et des maladies chroniques par une politique soutenue d'information, d'éducation et de communication;
- ○ Amener tous les travailleurs du secteur structuré, ainsi que toute autre catégorie de travailleurs qui perçoivent un revenu mensuel régulier, à s'affilier à la RAMA ou à la MMI;
- ○ Accélérer la décentralisation territoriale de la RAMA et de la MMI dans les régions les plus reculées de l'intérieur du pays;

- ○ Rationaliser l’implantation des pharmacies de la RAMA et de la MMI sur tout le territoire national;
- ○ Poursuivre l’extension de la gamme des prestations en soins de santé et produits pharmaceutiques;
- ○ Combattre la fraude des prestations en général;
- ○ Accroître l’adhésion volontaire des travailleurs du secteur informel qui peuvent payer les cotisations;
- ○ Demander à l’État l’octroi de subventions et autres exonérations fiscales incitatives sur les cotisations sociales des employeurs et des travailleurs du secteur informel;
- ○ Mettre en place des mécanismes de contrôle et de vérification du respect des engagements pris vis-à-vis des assurés afin de renforcer leur confiance dans la fiabilité de leur assurance.

### **3.2.3. Renforcement des systèmes d’assurance maladie gérés par les mutuelles de santé**

#### **Renforcement du cadre législatif et réglementaire**

- ○ Accélération des procédures d’adoption et de promulgation des textes d’application de la loi organique régissant les mutuelles de santé;
- ○ Vulgarisation de la loi organique sur les mutuelles de santé et formation des parties prenantes pour s’assurer d’une mise en application uniforme;
- ○ Formation des parties prenantes sur le nouveau dispositif légal adopté;
- ○ Appuis aux promoteurs des mutuelles de santé dans l’élaboration des statuts des mutuelles de santé et des règlements d’ordre intérieur;
- ○ Mise en place d’un cadre réglementaire du partenariat avec les prestataires des soins.

#### **Renforcement de la capacité de financement des mutuelles de santé**

Le financement des mutuelles de santé provient principalement des cotisations des membres. Actuellement, la contribution demandée à la population est de 1.000 Frw par personne et par an destinés à financer la prise en charge des services et soins de santé de base offerts au niveau des centres de santé.

Pour faciliter la mobilisation des cotisations et le renforcement des capacités contributives de la population, une nouvelle stratégie d’octroi des « fonds de crédits mutuels de santé » par les Banques Populaires, la promotion des travaux à haute intensité de main d’œuvre (HIMO), etc, ont été promues et se sont avérées performantes dans la facilitation d’adhésion et l’augmentation du nombre des membres adhérents aux mutuelles de santé.

### **Renforcement du cadre de partenariats locaux**

En se basant sur les principes de coordination intersectorielle et de proximité qui sous-tendent la politique nationale d'assurance maladie, il y a lieu de renforcer les partenariats entre les mutuelles de santé existantes, les organisations de prestataires des soins de santé, les organisations à base communautaire, les Banques Populaires et les microcrédits au niveau local.

En effet, **la mise en réseau des structures mutualistes et leurs fédérations** permet une meilleure répartition du risque maladie sur une population plus large.

**Le renforcement du partenariat entre les mutuelles de santé et les organisations de prestataires des soins de santé** permet d'améliorer les aspects relatifs à la qualité des soins à donner aux membres mutualistes, à l'utilisation rationnelle des soins, à la tarification et à la facturation des services et soins de santé, au contrôle de la qualité et des coûts des soins, autant d'éléments vitaux à la pérennité des mutuelles de santé.

Enfin, **l'approfondissement et le suivi du partenariat avec les institutions de financement décentralisées** comme les Banques Populaires permettra de renforcer la durabilité de ce partenariat, en évitant un cumul d'impayés dans le remboursement des crédits octroyés en préfinancement des cotisations, mais aussi en institutionnalisant cette approche qui facilite tant la population à adhérer aux mutuelles de santé.

### **Renforcement des capacités nationales**

Le processus d'apprentissage de la mutualité enclenché dans le pays sera accéléré et approfondi pour permettre l'accumulation d'une large base d'informations pour atteindre un consensus sur des mesures de politique, la prise de décision et l'évaluation dans le cadre du développement des mutuelles de santé. La base des ressources humaines sera élargie pour renforcer les capacités de mise en œuvre, de gestion et de suivi des mutuelles de santé.

## Actions à mener

Il y a lieu de distinguer les actions à mener à court et à moyen terme.

### *Actions à court terme*

- la mise en place des textes d'application de la loi organique régissant les mutuelles de santé;
- le renforcement des capacités de financement;
- la production et la dissémination d'informations pour appuyer la capitalisation des expériences et l'approfondissement de la mutualité;
- le renforcement des campagnes d'incitation, d'information et de sensibilisation à l'adhésion aux mutuelles de santé communautaires ainsi qu'au système de microcrédit.

**Un noyau de formateurs** chargé de la mise en place, de la gestion et du suivi des mutuelles de santé a été mis en place au niveau de chaque District, afin d'appuyer les activités de formation et d'appui conseil de proximité des mutuelles de santé. Ces activités ont été renforcées par des voyages d'études inter et intra provinciaux.

**Un système d'information et de suivi des mutuelles de santé** est développé depuis l'année 2006. Il a été complété par la documentation de meilleures pratiques portant sur la prise en charge des indigents, les partenariats entre les mutuelles de santé et les associations de micro-crédit, et l'implication des mutuelles de santé dans les campagnes de prévention contre les principales maladies et les maladies chroniques qui tuent le plus au Rwanda. Des études ont été réalisées pour appuyer la conception et le renforcement des mutuelles de santé. Cette base d'informations a été utilisée dans les échanges d'expériences, l'organisation des forums nationaux sur la mutualité et l'orientation des activités d'approfondissement de la mutualité à long terme.

### *Actions à moyen terme*

La programmation des dépenses à moyen terme devra mettre l'accent sur la prévision des ressources nécessaires en vue de:

- permettre la mise en place des mutuelles de santé dans de nouveaux centres de santé en fonction de l'amélioration de la carte sanitaire;
- former les acteurs locaux sur la mise en place de nouvelles mutuelles de santé;
- doter toutes les mutuelles de santé des outils modernes de gestion notamment l'informatisation du système;



- former les membres des organes de gestion des mutuelles de santé en techniques de gestion et de suivi des mutuelles de santé, ainsi qu'en activités d'appui conseil.

Les activités devant permettre le renforcement des mutuelles de santé au niveau local, seront appuyées en amont par la dotation en ressources humaines et matérielles du programme au niveau national et au niveau de chaque district.

# 4

## Analyse des forces et faiblesses des systèmes de protection sociale au Rwanda

### 4.1. Le système étatique de protection sociale

#### 4.1.1. Forces et faiblesses des systèmes de sécurité sociale

##### *(a) Caisse Sociale du Rwanda*

###### **Points forts**

- Une volonté politique d'améliorer sensiblement le système de sécurité sociale.
- La loi en vigueur prévoit des formules de calcul des prestations en pension conduisant à des taux de remplacement assez généreux pour de longues périodes de cotisation.
- La loi en vigueur prévoit des formules de calcul des prestations en risques professionnels conduisant à des taux d'indemnisation très élevés et des prestations en nature variées.
- L'introduction de l'assurance volontaire en pension permet à l'assuré qui quitte l'assurance obligatoire de continuer à financer sa future retraite.
- La loi prévoit un âge spécial d'admissibilité à la retraite pour les militaires et agents de la Police nationale, variant de 40 ans, 45 ans, 50 ans respectivement pour les agents, les sous officiers et les officiers subalternes. Les officiers supérieurs vont à la retraite à 55 ans comme les civils et les Généraux à 60 ans. Cette catégorie de travailleurs est considérée comme œuvrant dans des conditions particulièrement dures et pénibles qui les font vieillir prématurément.
- L'harmonisation des salaires intervenue en 2006 a permis une assiette de cotisation plus élevée que précédemment et des salaires plus substantiels aussi bien en secteur public que privé, ce qui influe sur la pension. Les salaires restent déplaçonnés jusqu'aujourd'hui.
- L'informatisation de pointe à la CSR permet une automatisation des opérations d'octroi

des pensions et réduit très sensiblement les délais de traitement et de liquidation des dossiers en temps réel tant au siège que dans les agences régionales. La saisie dans la base des données (Database) de toutes les déclarations des rémunérations reçues depuis la création de la CSR en 1962 jusqu'aujourd'hui ainsi que l'informatisation de la quasi totalité des opérations permettent de rendre les services de qualité aux clients et en temps minimum.

### **Points faibles**

- ○ Le Décret loi du 22 Aout 1974 portant organisation et fonctionnement de la CSR n'est plus adapté aux temps actuels et aux aspirations de la population, quand bien même il a été modifié et complété par la loi de mars 2003.
- ○ Le taux de couverture sociale demeure très faible en dépit des efforts mis dans la sensibilisation de la CSR aux obligations et devoirs des employeurs et travailleurs. Tous les salariés ne sont pas encore couverts à 100%, les travailleurs du secteur informel non structuré et du monde rural le sont encore moins. Des textes légaux d'application devraient sortir vite pour faciliter l'adhésion de certaines catégories de gens à la sécurité sociale, en l'occurrence les membres des associations et coopératives, les gens des métiers et artisanats du monde rural capables de payer les cotisations demandées.
- ○ L'analyse actuarielle de 2008 n'a pas proposé la revalorisation des prestations comme c'était attendu mais plutôt a introduit de nouveaux produits, à savoir la pension complémentaire avec des comptes spéciaux d'épargne obligatoires gérés en capitalisation. C'est une faiblesse au niveau des pensions actuelle car la dernière revalorisation date de 2002 mais c'est aussi une force du système pour l'avenir.
- ○ L'absence du Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) constitue un handicap dans le processus d'octroi des pensions minimum.
- ○ La sensibilisation de la population à la sécurité sociale n'est pas encore maximale, des efforts sont encore à faire, une bonne partie de la population sombre dans l'ignorance de la loi.
- ○ L'évasion sociale des cotisations par certains employeurs constitue un défi majeur dans la collecte des cotisations, un manque à gagner pour la CSR, pouvant porter préjudice à l'équilibre financier de la branche des pensions. Des efforts sont déployés, certes, mais ne sont pas suffisants. Des stratégies sont mises en place, d'autres sont en projet, notamment la coopération avec l'Office Rwandais des Recettes (RRA).
- ○ Le taux de cotisation de 6% dans la branche des pensions est très bas par rapport aux autres pays et par rapport aux prestations escomptées.
- ○ Le temps assez long dans le contrôle administratif des dossiers, préjudiciable aux

intérêts des victimes des risques professionnels. La procédure d'investigation est longue et prend beaucoup de temps car les tentatives de fraudes sont multiples.

- La prévention des risques professionnels n'est pas suffisante aussi bien dans les entreprises publiques que privées.
- Le non cumul d'indemnité journalière et le salaire, la rente d'incapacité et le salaire.
- La convention de collaboration entre la CSR et les Sociétés d'assurances commerciales devrait être revue. Il faut clarifier le principe de la réparation intégrale des préjudices subis par la victime (matériel, physique et moral).
- L'absence d'un taux de cotisation différentiel pour les catégories de travailleurs à hauts risques, dans l'esprit d'équité et de justice sociale. Les modalités d'application sont toujours attendues.

### ***(b) La Rwandaise d'Assurance Maladie (RAMA) et Military Medical Insurance***

#### **Points forts**

##### **Sur le plan législatif et réglementaire**

Le régime d'assurance maladie des Agents de l'État et celui de la catégorie des militaires sont institués par des textes légaux respectivement la loi n° 24 /2001 du 27 avril 2001 telle que modifiée et complétée en 2002 et en 2007 et celle n° 23/2005 du 12/12/2005. Ces textes de lois mettent en avant la couverture maladie mutualiste basée sur la solidarité des membres affiliés.

##### **Sur le plan de la gestion**

Les missions, l'organisation et le fonctionnement de l'assurance maladie sont confiés aux établissements publics en l'occurrence la RAMA et le MMI, dotés d'une personnalité juridique et d'une autonomie administrative et financière. Cette autonomie permet la souplesse et la transparence dans la gestion de ces organismes publics, tandis que les structures de gestion permettent le suivi et le contrôle efficace des autorités de tutelle. Ces facteurs permettent à ces établissements publics d'initier des politiques de décentralisation aux fins d'offrir des services de qualité et de proximité aux affiliés et à leurs ayants-droit. Les taux de cotisation et leur répartition entre l'employeur et l'employé sont conformes à la convention n° 102 sur la norme minimum de sécurité sociale.



## **Points faibles**

### **Sur le plan législatif et réglementaire**

Le régime d'assurance maladie couvre les soins médicaux, y compris les soins prénatals et postnatals sans que le volet maternité apparaisse dans l'intitulé des textes instituant les régimes. De même les prestations en espèce visant à compenser la perte de revenu professionnel causé par la maladie et la maternité ne sont pas organisées dans les régimes actuels d'assurance maladie. Pour pallier à cette insuffisance il est proposé de compléter l'intitulé en précisant qu'il s'agit d'une « assurance maladie maternité » pour être en conformité avec la norme minimum de sécurité sociale de l'OIT.

La territorialité des prestations prises en charge par le régime est un facteur limitant les affiliés qui peuvent avoir besoin des soins spécialisés mais non disponibles localement, faute de moyens humains ou techniques en suffisance, raison pour laquelle il est souhaitable d'organiser une assurance complémentaire pour assurer la couverture de tels soins spécialisés dispensés dans les hôpitaux étrangers.

L'assurance maladie prévoit dans son champ d'application la prise en charge des maladies et blessures relevant de la législation des risques professionnels, mais il manque les conventions de collaboration entre les différents organismes intervenant dans ce domaine. Il est donc proposé d'élaborer des protocoles d'accord pour le règlement à l'amiable des créances détenues sur l'un ou l'autre organisme.

Il y a lieu de signaler aussi un point faible du côté de la RAMA qui est régie par trois textes de lois qui ont été promulguées en 2001, en 2002 et en 2007. Pour une raison pratique, il s'avère opportun de les refondre dans un seul texte de loi afin d'en faciliter une exploitation aisée.

### **Sur le plan de la couverture sociale**

Les dispositions légales indiquent clairement ceux qui sont considérés comme bénéficiaires du régime d'assurance maladie, à savoir les affiliés et leurs ayants-droit. Il est également prévu que les établissements privés peuvent demander l'affiliation de leur personnel aux organismes publics d'assurance maladie. La faiblesse de cette situation est qu'il s'agit d'une simple ouverture offerte pour être affilié à un organisme d'assurance au lieu d'en faire une obligation.

En effet, cette ouverture peut constituer une menace de taille pour la viabilité du système d'assurance organisé parce qu'elle peut donner lieu à des fraudes sociales, lesquelles ne peuvent être endiguées que par l'intégration de tous les établissements privés à un système fiable basé sur le principe de la solidarité.

Il est donc proposé d'affilier tous les employés du secteur structuré à un régime d'assurance maladie géré par les organismes publics.

De même, les pensionnés et rentiers de la CSR devraient être couverts par un système d'assurance maladie géré par les organismes publics existants. En tant qu'anciens affiliés aux systèmes formels d'assurance maladie, il faudrait qu'ils soient inclus dans les lois régissant l'assurance maladie.

### **Sur le plan de l'équilibre financier**

A l'occasion de l'administration des soins médicaux, le prestataire des soins est tenu de respecter les prescriptions médicales convenues avec les organismes publics et se conformer à la liste des médicaments fixée par arrêté ministériel.

La faiblesse constatée est que malgré la pertinence des systèmes de tarification, le régime d'assurance maladie est souvent confronté à une inadéquation entre le coût des prestations et les cotisations.

De plus, les produits pharmaceutiques pris en charge par les organismes publics d'assurance maladie sont importés et compte tenu de la dépréciation de la monnaie, les prix sont en hausse continue, sans compter les autres facteurs pouvant faire augmenter les prix comme le transport et les taxes.

La dernière faiblesse est que les affiliés se caractérisent par de mauvaises habitudes de consommer les médicaments spécialités au lieu d'utiliser des génériques correspondants de même qualité thérapeutique et moins chers.

Les faiblesses relevées ci-dessus peuvent entraîner un déséquilibre financier d'un régime d'assurance maladie. Pour pallier à cette situation, il est proposé de prévoir des mécanismes par lesquels les cotisations seraient adaptées au coût des prestations médicales.

### **Sur le plan de la gestion**

Les organismes publics d'assurance maladie sont des établissements publics dotés de la personnalité juridique et d'une autonomie administrative et financière. Ils sont administrés par des Conseils d'Administration composés de membres nommés par arrêté ministériel

A ce niveau, la faiblesse constatée est qu'il y a prédominance des représentants de l'État du fait que la composition et le système de représentation des membres ne sont pas légalement et clairement déterminés.

Il est donc proposé d'améliorer le système de représentation au sein des Conseils d'Administration pour clarifier et garantir les intérêts équitables des groupes représentants l'État, les employeurs et les travailleurs affiliés. Il s'agit de se conformer au système de représentation paritaire recommandé par l'Organisation Internationale du Travail (OIT).

### **4.1.2. Forces et faiblesses du système d'assistance sociale**

#### ***Points forts***

- ○ Engagement ferme du Gouvernement (central et décentralisé).
- ○ Existence d'une politique de protection sociale claire.
- ○ Les groupes vulnérables nécessitant l'assistance sociale sont bien identifiés jusqu'à la base (au niveau des villages).
- ○ La population est suffisamment sensibilisée à cette assistance. La prise en charge est aussi faite par des individus.
- ○ Des stratégies de suivi-évaluation des activités d'assistance sociale sont mises en place.
- ○ Mise en place des stratégies claires pour sortir de la pauvreté et de la malnutrition, notamment par le travail, le programme de travail communautaire (ubudehe), haute intensité de main d'œuvre (HIMO), le programme gouvernemental d'une vache par famille en commençant par les plus pauvres, celui des jardins potagers pour chaque famille pour ne citer que cela.

**Points faibles**

- ○ Le problème de manque d'emploi est un risque économique qui ne fait qu'enfoncer certaines catégories de gens dans la pauvreté.
- ○ La pandémie du VIH/SIDA et les maladies opportunistes augmentent le nombre de nécessiteux de l'assistance sociale.
- ○ La guerre et le génocide de 1994 au Rwanda et l'instabilité politique qui en est suivi, aggravée par celle des pays voisins, laissent beaucoup de vulnérables à assister.

**4.2. Le système de santé****Points forts***Au niveau de la situation épidémiologique***Lutte contre le Paludisme**

**Une politique nationale de lutte contre le paludisme** a été élaborée et ses objectifs aident à lutter contre cette grave maladie. Grâce à la mise en œuvre de cette politique, plusieurs activités ont été réalisées ces dernières années et ont fortement contribué à la réduction de la morbi-mortalité. Cette diminution de la morbi-mortalité liée au paludisme pourrait s'expliquer par:

- ○ l'amélioration de la qualité des soins et la formation du personnel de santé dans la prise en charge du paludisme;
- ○ l'accroissement du taux d'adhésion aux mutuelles de santé;
- ○ l'augmentation de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides.

**Lutte contre le VIH/SIDA**

Le VIH/SIDA constitue aussi un autre lourd fardeau pour le système de santé et l'économie du pays. Les principales actions déjà menées sont:

- ○ Le renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH;
- ○ La surveillance comportementale;
- ○ L'extension des services de dépistage et de prévention de la transmission mère-enfant dans les formations sanitaires;
- ○ L'extension et l'amélioration des soins pour ceux qui ont été infectés et affectés par le VIH.

Le pays a instauré **une politique de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH/SIDA**. Le Rwanda a déjà atteint des résultats impressionnants dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA.

L'opérationnalisation et l'extension de l'outil informatisé TRACnet sur tous les sites ARV est un autre point fort dans la lutte contre la pandémie du SIDA. Cet outil informatique permet de collecter et de partager avec facilité des données et des informations pour le bon déroulement des activités liées au traitement du VIH/SIDA.

Parmi les principales causes de morbi-mortalité, les maladies transmissibles occupent aussi une place importante. Ces dernières peuvent être évitées à travers l'amélioration de l'hygiène et le changement de comportement. Afin d'agir dans le sens de lutter contre ces maladies contagieuses, **une Politique Nationale de Communication pour le Changement de Comportement** pour le secteur de santé a été conçue en 2006. Ce document constitue un point fort pour le pays parce qu'il va contribuer dans la réduction de la transmission de ces maladies.

La **situation nutritionnelle** de la population, en particulier des enfants de moins de 5 ans et des femmes, s'est significativement détériorée durant les dernières décennies. Le Gouvernement du Rwanda a fourni beaucoup d'efforts à travers des interventions tant au niveau communautaire que national, pour l'amélioration de l'état nutritionnel des populations. Différentes interventions de développement de la nutrition ont été mises en œuvre. On peut citer entre autres le programme de nutrition à base communautaire, la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois et les femmes dans le post partum ainsi que la consommation du sel iodé au niveau des ménages.

#### *Au niveau de l'organisation et de la gestion du système de santé*

Le pays a introduit de nouvelles réformes dans le secteur de la santé tout en visant l'amélioration de la qualité des services de santé à travers une bonne organisation des services et la gestion du système sanitaire. Parmi ces réformes, on peut citer la décentralisation générale qui a vu disparaître la terminologie de « District de santé », la réforme administrative de la fonction publique avec la réduction de la structure du Ministère de la Santé, etc.

De nouvelles approches allant dans le même sens ont été adoptées à savoir celle de couvrir une grande population en mutuelles de santé avec une subvention nationale pour l'adhésion des indigents, une extension nationale de l'approche contractuelle visant à motiver le personnel de santé à base de performance et par d'autres avantages. Pour l'année 2006, cinq milliards de francs rwandais ont été alloués à cette activité (cfr rapport annuel santé 2006).

Cette dernière approche permet de résoudre progressivement le problème de manque de ressources humaines suffisantes surtout dans les formations sanitaires se trouvant dans des zones rurales.

**Les comptes nationaux de la santé (National Health Accounts)** constituent un outil précieux pour le monitoring complet et cohérent de l'ensemble des flux financiers du système de santé d'un pays. L'élaboration des comptes nationaux a pour but principal d'aider les autorités sanitaires à la prise de décision concernant l'organisation et le financement du système de santé. Le pays enregistre alors un grand pas dans la réalisation de ces comptes nationaux de la santé combien importants dans la prise de décision des autorités sanitaires et leurs partenaires.

#### *Au niveau de l'accès de la population aux soins de santé*

**Les médicaments jouent un rôle important dans la qualité et dans l'accès aux soins de santé.** Afin d'assurer la régularité de l'offre des médicaments de qualité et à moindres coûts, le Gouvernement a créé une agence centrale d'approvisionnement appelée « CAMERWA ». Cette dernière a contribué à la *réduction des prix de détail des médicaments, mais aussi à la réduction des ruptures de stock* au niveau des formations sanitaires. Ainsi, pour avoir accès à ces produits, l'État a mis en place le LABOPHAR pour la production et la CAMERWA pour l'importation et la distribution des produits pharmaceutiques aux hôpitaux et aux districts. Pour assurer un meilleur accès aux produits pharmaceutiques, le Gouvernement exonère des taxes les médicaments, les consommables médicaux et autres équipements médicaux.

Le renforcement de la *décentralisation et des moyens dans le secteur de la santé* dans le cadre de la stratégie de réduction de la pauvreté sont des actions que le Ministère de la Santé a menées dans le but d'améliorer l'accessibilité des services de santé à la population. Plusieurs formations sanitaires ont été construites (hôpitaux, CDS, laboratoires, etc), des moyens matériels comme le matériel roulant ont été distribués (véhicules, motos, ambulances, etc.). Le SAMU (Service d'Aide Médicale d'Urgence) est un nouveau service qui a été mis en place pour l'aide médicale d'urgence.

Les mutuelles de santé permettent à la population d'avoir l'accès financier facile à des prestations des soins de santé et à se faire soigner en cours de déplacement en dehors de la circonscription de résidence.

L'augmentation du paquet de services à travers le partage de risque (risk pooling) des districts et au niveau national a motivé aussi la population à adhérer massivement aux mutuelles de santé. Les indigents disposent désormais des cartes de membres de mutuelles de santé et le modèle de convention entre les sections des mutuelles de santé et les formations sanitaires a été élaboré.

### **Points faibles**

Malgré le nombre impressionnant des points positifs, il reste que le Rwanda fait toujours face à un nombre relativement important de défis qui continuent à mettre à mal la santé de la population rwandaise.

#### *Au niveau de la situation épidémiologique*

Le Rwanda ne pourra pas atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement de 1990 à 2015 qu'à condition qu'il comble les défis suivants:

- réduire de moitié la population qui vit en dessous du seuil de pauvreté et réduire de moitié les personnes qui souffrent de la faim;
- réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de cinq ans;
- réduire de trois quarts la mortalité maternelle;
- avoir arrêté et inversé la tendance du VIH/SIDA, du paludisme et les autres maladies.

La situation actuelle, bien qu'elle s'améliore progressivement, est loin d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement dans la mesure où la population en dessous du seuil de pauvreté a augmenté (40% en 1990 et 56,5% en 2005) au lieu de diminuer, les taux de mortalité infanto-juvénile (150/1.000 en 1990, 209/1.000 en 1995 et 151/1.000 en 2005) est resté élevé au lieu de diminuer (Source: L'IDA en action: RWANDA, redressement, réhabilitation et espoir). Cela montre que le pays doit redoubler d'efforts pour améliorer les conditions de vie de sa population.

Cette situation pourrait être nuancée par le fait que la mortalité infanto-juvénile a diminué de moitié par rapport à la situation juste après le génocide (1994) et la situation actuelle.

Le Rwanda souffre essentiellement de maladies transmissibles, de la malnutrition, des problèmes liés à la fécondité facilement évitables par l'adoption des comportements

favorables à la santé comme l'utilisation des moustiquaires, la consommation de l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement du milieu, une bonne alimentation, la maîtrise de la santé reproductive, etc.

Pour cela, il faut la mise en pratique de la stratégie de communication adaptée à la population en vue du changement de comportement, un meilleur accès aux infrastructures hydrauliques, la pratique de l'assainissement et de l'hygiène domestique pour rompre avec la survenue cyclique des épidémies liées aux maladies communément appelées maladies des mains sales.

Ici aussi un accent particulier doit être adressé aux couches de la population les plus défavorisées. L'exemple provient du même document EDSR 2000 où on observe des différences de comportement en matière de santé de la reproduction. Dans le groupe des riches comme celui des pauvres, plus de 60% de femmes font au moins une consultation prénatale mais seulement 10% de femmes pauvres bénéficient d'une assistance professionnelle à l'accouchement alors que le taux est de 60% parmi les riches.

Il en est de même pour la contraception, l'usage des moustiquaires, le recours aux soins modernes en cas de maladies.

Globalement, les groupes les plus défavorisés paient un lourd tribut de cette situation sanitaire et contribuent fortement à ce niveau bas des indicateurs de santé.

#### *Au niveau de l'organisation et de la gestion du système de santé*

**La politique de décentralisation administrative** du pays a eu un impact positif sur l'organisation et la gestion du système de santé, dans la mesure où chaque structure de santé a une zone de responsabilité bien limitée et a une autonomie de gestion avec une implication de la population et des autorités locales.

Cependant, quelques problèmes restent à résoudre, *une partie de la population doit parcourir une longue distance pour arriver au centre de santé* en particulier dans les districts où la couverture en infrastructures est basse comme les districts de NYAMAGABE et NYARUGURU. De plus, il y a une population importante par structure de santé (ratio : population/CDS, ratio: population/hôpital) proche du double par rapport aux normes de l'OMS (Santé et pauvreté au Rwanda; Banque mondiale 2005). De plus, *ces infrastructures*



*existantes n'ont pas toujours le niveau d'équipements nécessaires pour remplir les missions lui assignées plus particulièrement les laboratoires, l'imagerie médicale.*

L'autre défi à relever est **le déficit en ressources humaines** qui sont pour le moment en quantité et en qualité insuffisante, ainsi que la qualité des soins défectueuse dans certaines formations sanitaires. Au total, l'État a un contrat avec 62% du personnel de santé, les 38% qui restent sont pris en charge par le Fonds Mondial, les ONGs, les organisations religieuses, les districts, les coopérations bilatérales et multilatérales, etc (Human resources for health strategic plan 2006-2010). Malgré cet appui apporté par les différents partenaires, le rapport entre le nombre de personnel et la population reste en dessous des normes internationales. Il se pose également le problème de répartition du peu de personnel existant dans la mesure où les villes sont mieux pourvues au détriment des zones rurales.

iii) Au niveau de l'accès de la population aux soins de santé.

La mise en place des mutuelles de santé est sans nul doute un des piliers de l'accès aux soins pour une grande partie de la population et en particulier le secteur informel et le monde rural. Des résultats importants commencent à se montrer, notamment le relèvement du taux de fréquentation des structures de soins, l'appropriation croissante de ce système par les bénéficiaires.

Cependant, quelques problèmes entravent l'accès aux soins pour tous, notamment les difficultés pour payer la cotisation annuelle au début de l'année et 50% des adhérents ne sont couverts qu'une partie de l'année. Ces gens ont probablement payé les soins de santé dans l'entre-temps ou ne se sont pas faits soigner.

### 4. 3. Le système communautaire de protection sociale : les mutuelles de santé

#### **Points forts**

- ○ Volonté et engagement politique de fournir une assurance maladie accessible à toute la population.
- ○ Environnement institutionnel favorable.
- ○ Décision de fournir l'assurance maladie pour le secteur informel via un système mutualiste de proximité et décentralisé (une mutuelle dans chaque zone de santé et une section mutualiste par Centre de santé).
- ○ Coût d'accès (contribution) à l'assurance adaptée aux faibles revenus de la population.
- ○ Une couverture des soins étendue et complète : Accès à tout le PMA (Paquet Minimum d'activités) au niveau des soins primaires, à tout le PCA (Paquet Complémentaire d'Activités) au niveau des hôpitaux de district et à tout le PTA (Paquet tertiaire d'activités) au niveau des hôpitaux de référence nationale.
- ○ Une gestion facilitée par le positionnement des sections de mutuelles directement au niveau des centres de santé et de la mutuelle au niveau de l'hôpital.
- ○ Une participation financière importante de l'État: Subvention par l'État dans la cotisation mutualiste couvrant le niveau hospitalier; tarification favorable adaptée aux mutuelles (50 % du tarif normal); système des soins de santé subventionné (les mutuelles ne paient que les coûts résiduels des soins de santé); mise en place d'un fonds pour la prise en charge des cotisations mutualistes des indigents; Affectation d'un personnel salarié pour la gestion du système mutualiste.
- ○ Les mutuelles de santé font partie des indicateurs de performance que signent les maires de district et les autres autorités administratives à la base.
- ○ La solidarité des autres assurances œuvrant dans le pays avec les mutuelles de santé.
- ○ L'opinion positive dominante des bénéficiaires des services des mutuelles de santé, de par les différents témoignages recueillis sur terrain par l'équipe de consultants.
- ○ Un impact très important sur l'accessibilité aux soins de santé: Avant la généralisation de l'assurance maladie la fréquence des soins était en moyenne de 30 % au Rwanda à la fin de l'année 2003. Vers la fin de l'année 2007, elle atteignait déjà 72%.<sup>15</sup> En effet, l'existence des mutuelles de santé, en complément aux autres réformes comme la décentralisation et la contractualisation des performances, a permis un meilleur accès

---

15 Article OMS, Rwanda, février 2009: INYARUBUGA Hertilan (Coordinateur Cellule Technique d'Appui aux mutuelles de santé).

aux soins de santé de qualité à une grande partie de la population surtout les plus pauvres.

### **Points faibles**

Les mutuelles de santé au Rwanda font face, dans leur développement, à un certain nombre de défis d'ordre organisationnel, technique et opérationnel.

#### *Sur le plan organisationnel*

Dans les différents districts administratifs, le caractère volontaire d'adhésion et le manque de ressources à la fin et au début de chaque année sont à la base du taux faible d'adhésion de la population dans les mutuelles de santé pour les six premiers mois de l'année. En définitive, seules les personnes fréquemment malades adhèrent aux mutuelles de santé dès le début de l'année, entraînant ainsi une sélection adverse qui handicape la viabilité financière des mutuelles de santé en début d'année et des réserves en fin d'année.

Les soins et services couverts par les mutuelles de santé sont inclusifs seulement au niveau des centres de santé, tandis qu'au niveau des hôpitaux, les soins et services disponibles sont couverts, à l'exception des médicaments non génériques.

L'augmentation de la fréquentation des centres de santé suite à la forte adhésion aux mutuelles de santé entraîne une surcharge de travail pour le personnel et une augmentation de la durée d'attente des patients.

L'État devrait répondre aux besoins en infrastructures et ressources humaines en remplissant les normes internationales dans ce domaine.

Les barèmes de cotisation sont déterminées, non pas en fonction du coût réel des soins, mais plutôt en fonction de la capacité contributive de la population. Il faudrait mettre en place des mécanismes permettant à la population rurale d'améliorer leur capacité financière.

Il est donc proposé d'organiser des associations communautaires génératrices de revenus, au niveau des cellules et bénéficiant de certains avantages à déterminer par le Gouvernement, afin que tout membre de chacune de ces associations obtienne plus facilement les moyens financiers d'adhérer à une mutuelle de santé.

### *Sur le plan technique et de la gestion*

Les faiblesses majeures qui caractérisent toute mutuelle soucieuse de proposer ses services à la population peuvent être les suivantes:

- ○ La sur-utilisation des services par les adhérents qui recourent aux services de santé de façon intempestive surtout dans les villes.
- ○ Le non recouvrement des coûts des soins par les formations sanitaires partenaires, à cause d'une part de la faiblesse des cotisations et du nombre insuffisant des membres adhérents, et d'autre part à cause du faible partage de risque entre les personnes malades et les personnes saines.
- ○ La prescription abusive des médicaments par certaines formations sanitaires.
- ○ La surfacturation des mutuelles de santé par certaines formations sanitaires.
- ○ Les faibles capacités de gestion des comités des mutuelles de santé.
- ○ Le caractère bénévole des membres des comités des mutuelles de santé.
- ○ L'insuffisance du personnel contractuel au niveau des sections, des districts et la cellule technique d'appui au niveau national.
- ○ Le problème de pouvoir s'acquitter du ticket modérateur.
- ○ La difficulté d'établissement et d'actualisation des listes des indigents.
- ○ Les longues files des malades qui attendent les consultations suite un personnel soignant non suffisant dans les centres de santé.

S'agissant de l'organisation et la gestion des mutuelles de santé, les problèmes ne manquent pas non plus:

- ○ Le personnel qui travaille dans les bureaux des mutuelles des centres de santé se plaint du niveau bas du salaire en rapport avec la complexité de leur travail.
- ○ La cellule technique d'appui aux mutuelles de santé au niveau national a un personnel réduit qui éprouve des difficultés pour encadrer le nombre assez élevé de ces entités.

C'est face à ces difficultés que le Rwanda envisage de transformer le système en une capitation nette. La mutuelle verserait ainsi toutes ses recettes au centre de santé qui aurait la responsabilité de soigner les affiliés pendant un an et supporterait ainsi le risque financier.

Il est proposé au Ministère de la Santé d'améliorer la qualité des soins dans tous les centres de santé du pays, d'augmenter le nombre du personnel en fonction du nombre de malades qui s'accroît, de donner une formation déontologique aux prestataires des soins

médicaux sur la nécessité de sauvegarder l'existence des mutuelles de santé (ne pas faire des prescriptions abusives des médicaments ou des surfacturations).

#### 4.4. Les sociétés d'assurance privées

##### **Points forts**

L'intervention des sociétés d'assurance privées dans la gestion des systèmes de protection sociale est considérée comme positive dans le sens où certaines catégories de population n'ont pas de couverture formelle en matière d'assurance pension et d'assurance maladie. Dans ces sociétés, il existe des formules d'assurance pension et maladie taillées sur mesure selon la capacité financière de chaque souscripteur d'assurance.

##### **Points faibles**

###### *Sur le plan législatif et réglementaire*

Les sociétés d'assurance privées ont vu qu'il y a un besoin évident de la part de certaines catégories de population d'avoir d'une manière ou d'une autre une couverture sociale en pension et en soins de santé compte tenu de l'évolution technologique dans le domaine médical et des coûts de plus en plus élevés des soins médicaux au Rwanda.

Cependant, malgré l'existence du Décret-loi n° 20/75 du 20 juin 1975 tel que modifié et complété par la loi n° 01/2002 du 17 janvier 2002 relatif aux assurances en général, on remarque l'absence de dispositions législatives spécifiques à l'organisation et à la gestion des produits de type protection sociale.

###### *Sur le plan de la couverture sociale*

Il n'existe pas encore de cadre légal approprié qui précise les catégories de personnes couvertes. En effet, les sociétés d'assurance privées s'adressent généralement aux entreprises du secteur privé qui sont affiliées volontairement aux organismes publics d'assurance maladie. Elles s'adressent aussi à toute autre personne physique ou morale qui a des capacités financières suffisantes pour payer régulièrement la prime exigée. Dans les perspectives de protection des citoyens qui font confiance aux sociétés d'assurance privées qui gèrent les produits d'assurance de type protection sociale, il est proposé aux pouvoirs publics de fixer les conditions minimales de couverture à remplir par ces sociétés privées et la périodicité des contrôles financiers et actuariels.

**Le schéma qui suit visualise synthétiquement les forces et les faiblesses de chaque système.**

| Organisme                    | Points forts   | Points faibles   |
|------------------------------|--|--|
| CSR                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Volonté politique d'améliorer le système;</li> <li>○ Dispositif législatif et réglementaire disponible;</li> <li>○ Bonnes formules de calcul;</li> <li>○ Assiette de cotisation importante</li> <li>○ Informatisation réussie et répartie dans les agences régionales;</li> </ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Texte législatifs à adapter;</li> <li>○ Taux de couverture sociale qui reste faible;</li> <li>○ Absence de SMIG;</li> <li>○ Evasion sociale prononcée;</li> <li>○ Faible taux de cotisation en pension;</li> <li>○ Lenteur administrative encore perceptible dans le traitement des demandes d'indemnisations;</li> </ul>   |
| RAMA et MMI                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Texte de loi récemment mis à jour;</li> <li>○ Autonomie de gestion permettent une souplesse et transparence;</li> <li>○ Décentralisation poussée en vue des suivis, de qualité et de proximité;</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Le volet assurance maternité ne figure pas dans le texte de loi régissant la RAMA;</li> <li>○ La territorialité des prestations est un facteur limitant en cas de non disponibilité de soins;</li> <li>○ Les pensionnés et rentiers de la CSR ne sont pas affiliés à la RAMA;</li> <li>○ Tous les employés des sociétés privées deviennent obligatoirement affiliés à la RAMA;</li> </ul> |
| Système d'assistance sociale | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Engagement ferme de Gouvernement;</li> <li>○ Groupes vulnérables bien identifiés;</li> <li>○ Existence de stratégies de lutte contre la pauvreté (système HIMO, programme gouvernemental d'une vache par famille pauvre, etc.);</li> <li>○ Suivi et évaluation régulière des activités d'assistance sociale;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Manque criant d'emplois en faveur des catégories de pauvres;</li> <li>○ Problème du VIH/SIDA et les maladies opportunistes augmentent;</li> <li>○ La guerre et le génocide de 1994 qui ont laissé beaucoup de vulnérables à assister.</li> </ul>  |

| Organisme                    | Points forts  | Points faibles   |
|------------------------------|---|--|
| Système de santé             | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Existence de politique nationale de lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA;</li> <li>○ Programme de nutrition à base communautaire;</li> <li>○ Décentralisation générale du système de santé;</li> <li>○ Couverture du pays en mutuelles de santé communautaire;</li> <li>○ Extension au niveau national de la contractualisation des performances;</li> <li>○ Existence du système de comptes nationaux de la santé;</li> <li>○ Création d'une agence; d'approvisionnement en produits pharmaceutiques (CAMERWA) et un laboratoire de fabrication des produits pharmacie (LABOPHAR);</li> <li>○ Mise en place d'un service d'aide mutuelle d'urgence (SAMU);</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La majorité de la population vit toujours en dessous du seuil de pauvreté;</li> <li>○ Présence remarquable de maladies transmissibles et carenciales;</li> <li>○ Taux de fécondité encore très élevé;</li> <li>○ Déficit en ressources humaines et en équipements;</li> <li>○ Population importante par structure de santé au regard des normes de l'OMS;</li> <li>○ Accès encore difficile de certaines couches de la population aux soins de santé (cotisations aux mutuelles de santé);</li> </ul> |
| Mutuelles de santé           | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Volonté et engagement affichés du Gouvernement;</li> <li>○ Environnement institutionnel favorable;</li> <li>○ Coût d'accès à l'assurance adaptée aux faibles revenus;</li> <li>○ Participation financière importante de l'État;</li> <li>○ Soutien financier des autres organismes d'assurances publics et privés;</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Subsistance de certains défis d'ordre organisationnel, technique et opérationnel;</li> </ul>  |
| Sociétés d'assurance privées | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Formules d'assurance-pension et maladies taillées sur mesure;</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Absence de dispositions législatives et réglementaires spécifiques à l'organisation et à la gestion des produits de type sécurité sociale;</li> <li>○ Fixation des conditions minimales de couverture et de la périodicité des contrôles financiers et actuariels;</li> </ul>   |

# 5

## Vers l'institutionnalisation de la couverture maladie universelle au Rwanda

Les plus hautes autorités du Rwanda ont une volonté manifeste et un objectif clair de fournir aux citoyens rwandais et à tout résidant du Rwanda des soins médicaux et des services de santé en qualité et en quantité convenables et à un prix abordable. Il s'agit d'un objectif pour arriver très rapidement à une couverture maladie universelle (CMU).

Vu les efforts du Gouvernement en matière d'assurance maladie, on peut affirmer que le Rwanda est en bonne route vers une couverture maladie universelle.

Afin que cette couverture maladie universelle puisse réussir avec tout le professionnalisme qui convient et qui assurera son succès et sa pérennité, il y a des préalables à remplir.

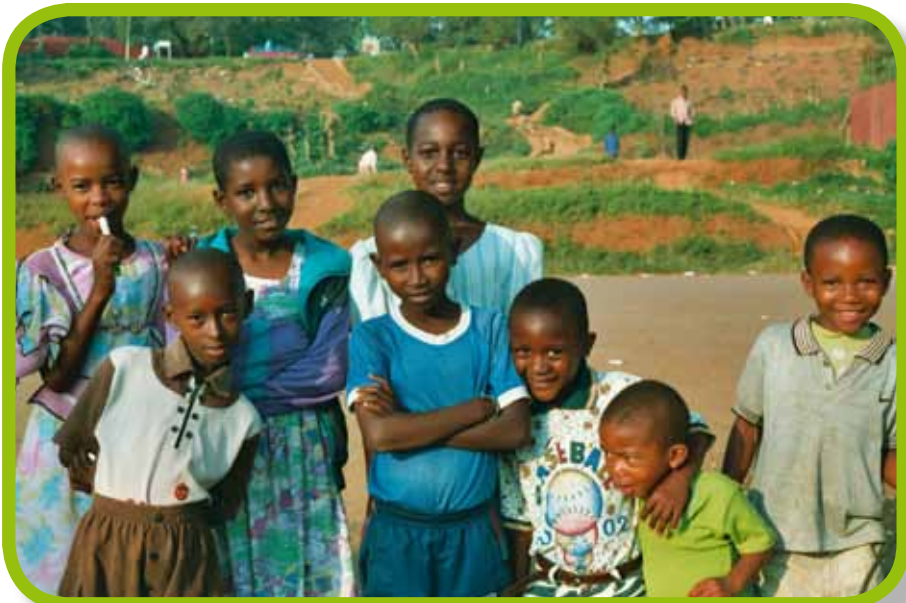
### 5.1. Principaux facteurs facilitant la consolidation et la pérennisation de la couverture maladie universelle

Le passage vers la couverture maladie universelle par le biais de l'assurance maladie de base requiert une période de transition au cours de laquelle certaines conditions, généralement appelées « facteurs de facilitation », doivent être réalisées progressivement pour atteindre l'objectif visé. Ces facteurs sont développés ci-après pour le cas du Rwanda.

- Le *niveau général des revenus et le rythme de la croissance économique*. Un montant de plus en plus élevé du revenu par habitant du Rwanda et une croissance économique régulière seront très favorables à améliorer la capacité de financement du système de CMU.
- La *structure de l'économie* est également importante. L'aspect le plus pertinent est la taille relative du secteur formel par rapport à celle de l'économie informelle. Or, au Rwanda, comme dans tout autre pays en développement, la part de l'économie informelle est prépondérante. Il y a donc un grand risque de rencontrer des difficultés



- administratives pour évaluer les revenus et percevoir les cotisations, dès lors qu'un si grand nombre de travailleurs du Rwanda ne reçoivent pas un salaire formel. C'est un facteur défavorable pour la mise en place rapide de la CMU.
- La *répartition de la population* que l'on vise à protéger peut elle aussi influencer sur les coûts d'administration. Il est plus facile de couvrir une population des zones urbaines qu'une population rurale fortement dispersée. Il s'agit d'un facteur défavorable à la mise en place de la CMU au Rwanda, même si des efforts sont déjà visibles pour le regroupement des populations rurales en villages (Imidugudu).
  - Les *capacités d'administration* des systèmes d'assurance maladie existants au Rwanda et les services connexes comme les systèmes bancaires (Banques Populaires), les activités d'assurances, les systèmes communautaires d'assurance maladie (mutuelles de santé), sont autant de facteurs favorables pour la mise en place de la CMU.
  - Le degré de *solidarité* à l'intérieur de la société rwandaise. Le système de la CMU nécessitera un degré suffisamment élevé de subventionnement des pauvres par les riches et des risques élevés par les moindres. Le Rwanda devra définir quel est le degré de solidarité approprié pour permettre ce subventionnement croisé, même si traditionnellement la société rwandaise a toujours été caractérisée par un sens de solidarité élevé.



Enfin, ces cinq facteurs relevés ci-dessus peuvent être présents à un degré plus ou moins grand, mais et surtout *la conduite* de l'État rwandais restera toujours indispensable pour amorcer et guider le processus qui débouchera sur l'assurance maladie de base obligatoire pour tout citoyen rwandais et tout résident du Rwanda.

Un élément important de la conduite par l'État consiste à permettre aux différentes parties prenantes et à la population en général d'avoir leur mot à dire dans l'élaboration des politiques sociales. Un débat politique ouvert et l'accès aux informations financières aident la population à prendre confiance dans l'État et dans les organisations qui participent à la mise en œuvre de la CMU.

Il est essentiel que les responsables de l'élaboration des politiques d'assurance maladie tiennent compte de ces cinq facteurs de facilitation et s'efforcent de s'en servir comme leviers de la politique.

L'expérience dans les autres pays où il existe la protection universelle maladie montre que le développement de la CMU dans un pays donné dépend en grande partie du contexte socio-économique et politique de ce pays. Mais elle montre aussi que le passage à la CMU dépend de la manière dont les pouvoirs publics assurent la conduite du système des soins de santé.

## 5.2. Actions de consolidation et de pérennisation de la couverture maladie universelle

Durant l'étape de l'élaboration, suivie de l'adoption et de la promulgation d'un instrument législatif instituant le système de Couverture Maladie Universelle au Rwanda, il y aura des actions propres au secteur de la santé et de l'assurance maladie qu'il faudra mener de façon concomitante en vue de la consolidation et de la pérennisation de la CMU. Ces actions seront renforcées par d'autres actions propres au secteur de l'économie et des finances qui seront menées dans le cadre de l'EDPRS en matière de l'amélioration du niveau général des revenus de la population et de la croissance économique du Rwanda. Les actions à mener sur le plan législatif et réglementaire:

- □ L'élaboration et la promulgation d'un Code général de protection sociale;
- □ L'harmonisation des textes législatifs et réglementaires régissant les systèmes formels et non formels d'assurance maladie existants au Rwanda avec le Code général de protection sociale;
- □ L'affiliation obligatoire des entreprises du secteur privé structuré à un régime d'assurance maladie de leur choix ;
- □ La promulgation de tous les textes d'application de la loi organique régissant les mutuelles de santé;
- □ L'adaptation de la loi organique régissant les sociétés d'assurance privées qui interviennent dans la gestion des produits d'assurance de type sécurité sociale.

**B**

# État des lieux des systèmes de protection sociale au Burundi



# 1

## Les principales caractéristiques du Burundi

Le Burundi est un petit pays densément peuplé, d'une superficie de 27.834 km<sup>2</sup>, avec une densité de 288 habitants au kilomètre carré. Le recensement de la population d'août 1990 avait dénombré 5.292.000 habitants tandis que celui d'août 2008 est arrivé à une population de 8.039.000 habitants. Cette évolution correspond à un taux moyen de croissance annuelle de 2,35%. Ce pays a été caractérisé, au cours des deux décennies écoulées, par un manque de dynamisme de l'économie qui s'explique largement par la guerre civile qu'il a endurée depuis 1993 jusqu'en 2009. La guerre civile a entraîné l'instabilité politique qui a empêché le pays de se concentrer sur les programmes de développement économique et social. C'est dans ce contexte que le taux de pauvreté a gagné du terrain, passant de 35,1% à 69,7% en milieu rural (de 32,4% à 65,8% en milieu urbain) de 1990 à 2009. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 50,3 ans<sup>16</sup> en moyenne. Le pays est très pauvre avec une économie dominée par le secteur primaire et dont le PIB par habitant ne dépasse guère les 120\$ US par an. Il apparaît que le revenu annuel par habitant, exprimé en dollars américains, a diminué progressivement depuis l'éclatement de la crise sociopolitique en octobre 1993: de 214 \$ US par habitant en 1990, il n'atteignait guère 118 \$ US en 2007 après avoir atteint le niveau le plus bas à 82 \$ US en 2003. C'est dire que le revenu par habitant a diminué de plus de la moitié sur dix ans et que depuis cinq ans il remonte péniblement.

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

---

16 D'après les projections des Nations Unies (UN POP 2005-2010).

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

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

**Le Burundi a inscrit sa politique économique et sociale dans l'Agenda du Travail Décent** qui stipule que les pays mettent en place une politique de création des richesses avec des emplois décents, assortie d'une protection sociale adéquate, dans le cadre d'un dialogue social permanent à même de promouvoir la dignité des travailleurs. A cet effet, le pays a élaboré et adopté en 2006 un Plan d'action National de promotion de l'emploi et de lutte contre la pauvreté. Pour appuyer la mise en œuvre de ce Plan, le BIT et les mandants tripartites du Burundi se sont convenus d'intégrer leurs efforts dans un cadre de coopération, le Programme par pays pour un Travail Décent (PPTD), articulé autour d'un nombre limité de domaines clés de concertation. Le premier PPTD du Burundi a été adopté par les mandants en mars 2006 et couvrait la période 2006-2007. Ce PPTD a été actualisé en septembre 2008 en vue de permettre son meilleur alignement au CSLP, de capitaliser les acquis de l'assistance technique antérieure du BIT au Burundi et de redéployer les nouveaux besoins dans un cadre de programmation couvrant la période 2008-2013.

C'est avec cette vision et dans ce contexte que le Gouvernement du Burundi a décidé **l'élaboration d'une politique nationale de protection sociale assortie d'une stratégie de mise en œuvre**, comme une composante importante de la stratégie de réduction de la pauvreté pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). L'adoption par les partenaires sociaux concernés du projet de politique nationale de protection sociale, qui a été élaboré par le BIT, est très attendue pour le moment.

## ②

# Description des systèmes de protection sociale au Burundi

## 2.1. Brève description de l'évolution historique de la sécurité sociale au Burundi

A l'instar du Rwanda, les structures actuelles de la sécurité sociale organisée au Burundi ont été exportées par l'autorité tutélaire belge. En effet, le premier texte a vu le jour en 1949 et visait la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles des travailleurs indigènes du Congo-Belge et du Rwanda-Urundi.

En 1957, il fut institué un régime des pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès en faveur des mêmes travailleurs indigènes.

Après l'accession à l'indépendance en 1962, le Burundi a créé son propre régime de sécurité sociale, par la loi du 20 juillet 1962 qui a institué le régime de sécurité sociale et dont la gestion fut confiée à l'Institut National de Sécurité Sociale (INSS).

Le régime de sécurité sociale géré par l'INSS comprenait et comprend même actuellement la branche des pensions et celle des risques professionnels en faveur de tous les travailleurs soumis à un contrat de travail et les militaires. Tandis que les fonctionnaires sous-statut sont toujours restés jusqu'à ce jour, dans un système de sécurité sociale basée sur la gratuité des prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivants, supportées par le trésor public.

Plus tard, par la loi n°1/28 du 27 juin 1980, il a été institué un régime d'assurance maladie des agents publics et assimilés, dont la gestion a été confiée à la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP).



Concernant les autres catégories de travailleurs salariés du secteur privé, les soins médicaux sont pris en charge par leurs employeurs conformément aux dispositions du Code du Travail.

Toutefois, il a été promulgué la loi n° 1/002 du 29 février 2000 portant création d'un régime d'assurance maladie 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 maternité pour le secteur privé structuré.

Longtemps réservée aux travailleurs salariés du secteur structuré, la protection sociale a été étendue, ne fût-ce qu'au niveau des textes, à l'ensemble de la population par le Code de la sécurité sociale institué par la loi n° 1/010 du 16 juin 1999.

Au niveau des principes fondamentaux, le Code de la sécurité sociale institue une couverture sociale universelle et se met ainsi au diapason des instruments internationaux pertinents en matière de sécurité sociale.

Après la promulgation du Code de la sécurité sociale, diverses initiatives privées se sont développées et ont proposé des dispositifs de couverture sociale en assurance pension complémentaire et en assurance maladie en faveur des travailleurs du secteur privé qui en a beaucoup besoin. Lesdites initiatives comblent un vide mais leur portée est très limitée.

## 2.2. Le système étatique de protection sociale

### 2.2.1. Sécurité sociale

Deux organismes de sécurité sociale (INSS et MFP) gèrent l'assurance sociale en faveur des travailleurs soumis au Code du Travail, des fonctionnaires et magistrats de l'État sous statut, des travailleurs sous-contrats de la Fonction publique et des membres des corps de défense et de sécurité nationale.

Un autre organisme, en instance de création, sera chargé de gérer le régime des pensions et des risques professionnels en faveur des fonctionnaires et des magistrats, dont les prestations de pensions et de rentes de survie sont actuellement supportées par le trésor public.<sup>17</sup>

---

17 Les fonctionnaires et les magistrats ne sont pas jusqu'à ce jour couverts contre les risques professionnels.

## **(a) Institut National de Sécurité Sociale (INSS)**

### **Cadre légal et institutionnel**

L'INSS est un établissement public à caractère administratif chargé de la gestion du régime des pensions (Vieillesse, Invalidité et Survivants) et du régime des risques professionnels (accidents de travail et maladies professionnelles). Placé sous la garantie de l'État, l'INSS est doté d'une autonomie financière et administrative et le Ministère ayant la Sécurité Sociale dans ses attributions en assure la tutelle. Il est régi par la loi n° 1/011 du 29 novembre 2002 et ses différents textes d'application, en harmonie avec la loi n° 1/010 du 16/06/1999 portant Code de la Sécurité Sociale.

### **Champ d'application**

Les dispositions de cette loi du 29-11-2002 prévoient l'assujettissement obligatoire et l'affiliation volontaire. L'assurance obligatoire couvre les deux branches d'assurance, tandis que l'assurance volontaire ne couvre que la branche des pensions.

Sont assujettis en 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 militaires, les contractuels de la Fonction Publique et des collectivités locales;



***Une vieille veuve mutualiste de Mugerera plaidant pour une assurance vieillesse en milieu rural***

- ○ 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'étrangers et qui sont détachés sur le territoire du Burundi afin d'y effectuer pour le compte de cette entreprise à condition que la durée prévisible du travail n'excède pas six mois.

### **Constitution des réserves**

Pour chacune des deux régimes, la législation prévoit la constitution des réserves dont la nature et le niveau diffèrent selon l'exigibilité de la prestation à servir. La gestion des deux régimes et de leurs réserves se fait d'une manière séparée.

La loi prévoit une réserve technique, une réserve de sécurité et un fonds de roulement pour le régime des risques professionnels; tandis que pour le régime des pensions, il est prévu une réserve technique et un fonds de roulement.

### **Activités principales**

Les activités principales dévolues à l'INSS sont:

- ○ l'immatriculation des employeurs;
- ○ l'affiliation des travailleurs;
- ○ la tenue de comptes cotisants des employeurs;
- ○ la tenue des comptes individuels des assurés;
- ○ le recouvrement des cotisations;
- ○ le paiement des prestations aux assurés sociaux.
- ○ la tenue à jour des statistiques fiables pour orienter les décideurs dans la prise des décisions.

### **Sources de financement**

La source principale de financement des régimes de sécurité sociale gérés par l'INSS est constituée des cotisations du travailleur et de l'employeur. Celles-ci diffèrent selon le régime auquel elles se rapportent.

**Pour le régime des pensions**, le taux de cotisation pour les civils est de 6,5% du salaire plafonné à 150.000 FBU par mois dont 3,9% à charge de l'employeur et 2,6% à charge du travailleur. Le taux de cotisation pour les militaires et les corps de police est de 9,5% dont 5,7% à charge de l'employeur et 3,8% à charge du travailleur, calculé sur le plafond de 150.000 FBU par mois.

**Pour le régime des risques professionnels**, le taux de cotisation pour les civils, les militaires et les corps de police est de 3% du salaire plafonné à 80.000 FBU par mois à charge entière de l'employeur.

De manière subsidiaire, le financement provient des majorations de retard encourues pour cause de retard dans le paiement des cotisations et dans la production des déclarations des salaires soumis à cotisation. Ces majorations sont fixées à 1,5% par mois ou fraction de mois de retard écoulé depuis la date d'échéance des cotisations.

Les produits des placements d'excédents de trésorerie entre les cotisations encaissées et les prestations servies constituent également une source de financement des deux régimes de sécurité sociale.

### **Quelques données statistiques des assurés actifs et bénéficiaires des prestations**

(chiffres estimés fin 2009)<sup>18</sup>

- ○ Employeurs actifs: 3.488.
- ○ Assurés actifs: 116.138.
- ○ Assurés volontaires: 294.
- ○ Taux de couverture sociale: environ 2,5% de la population active.
- ○ Montant des cotisations encaissées: 6.371.165.708 Fbu.
- ○ Montant de prestations servies: 4.787.758.239 Fbu en pensions et 2.027.475..261 Fbu en risques professionnels.
- ○ Nombre de bénéficiaires des prestations: 40.161 en pensions et 23.836 en risques professionnels.
- ○ Salaire mensuel moyen soumis à cotisation: non disponible.
- ○ Pension mensuelle moyenne: 16.050 Fbu.
- ○ Taux de remplacement: 60% de la rémunération moyenne mensuelle des salaires des trois ou cinq dernières années plafonnés (pour une carrière de 30 ans).

---

18 Chiffres recueillis au sein du service EEFAS de l'INSS.

Les données fournies dans les documents préparatoires du CSLP montrent que le marché du travail au Burundi se caractérise par la prédominance du travail indépendant et du travail informel qui totalisaient près de 97% des emplois en 2004, peu d'emplois salariés formels qui ne représentaient que 3,2% des emplois cette année-là.

La structure de l'emploi par secteur montre la prédominance du secteur primaire sur les deux autres secteurs (secondaire et tertiaire). Les observations recueillies sur la période allant de 1990 à 2004 montrent que le secteur primaire représente 94% du total; le secteur secondaire intervient pour 2% et le secteur tertiaire pour 4%. Le secteur secondaire est constitué d'entreprises de très petite taille tandis que le secteur tertiaire est dominé par le commerce.

L'INSS est confronté actuellement à un problème d'équilibre entre les recettes en cotisations et les dépenses en prestations de pensions, du fait qu'il y a peu de nouveaux entrants en assurance alors qu'il y a de plus en plus de nouveaux départs à la retraite et de nombreux bénéficiaires de prestations de survivants.

## Les prestations servies et les conditions exigées

### 1. Branche des pensions

| Prestation                       | Conditions exigées  | Modalités de calcul   |
|----------------------------------|---|---|
| 1. Pension de vieillesse (P.V.)  | <input type="checkbox"/> Âge de 60 ans ou 55 ans en cas d'usure prématurée; 45 ou 50 ans pour les militaires et policiers;  | 15ans d'assurance, PV = 30% RMM +2% de chaque année supplémentaire  |
| 2. Pension anticipée (PA)        | <input type="checkbox"/> 15 ans de cotisations;<br><input type="checkbox"/> Cesser toute activité salariée;<br><input type="checkbox"/> Une diminution de capacité de travail due à une usure prématurée;   | Idem que PV   |
| 3. Pension d'invalidité.         | <input type="checkbox"/> 3 ans d'assujettissement;<br><input type="checkbox"/> Être déclaré invalide par un médecin agréé et confirmé par le médecin de l'INSS;<br><input type="checkbox"/> 6 mois d'assurance au cours de 12 derniers mois précédant le début de l'incapacité conduisant à l'invalidité; | <input type="checkbox"/> Mois réels d'assurance + mois d'assurance assimilés;<br><input type="checkbox"/> RMM x 30% + 2% pour chaque année supplémentaire;<br><input type="checkbox"/> La PI est majorée de 50% pour quelqu'un qui a besoin de façon constante de l'aide d'une tierce personne; |
| 4. Allocation de vieillesse (AV) | <input type="checkbox"/> Avoir 60 ans d'âge ou selon un statut particulier qui régit l'assuré;<br><input type="checkbox"/> Avoir moins de 15 ans d'assurance;   | RMM x Nombre d'années d'assurance   |

| Prestation                       | Conditions exigées  | Modalités de calcul  |
|----------------------------------|---|--|
| 5. Pension de survivants (PS)    | <input type="checkbox"/> Le décès de l'assuré principal;<br><input type="checkbox"/> Avoir atteint au moins 15 ans d'assurance. | <input type="checkbox"/> 50% / veuve ou veuf;<br><input type="checkbox"/> 25% / orphelin de père ou de mère;<br><input type="checkbox"/> 40%/ orphelin de père et de mère;<br><input type="checkbox"/> 25% chaque ascendant; |
| 6. Allocation de survivants (AS) | <input type="checkbox"/> Idem que pour PS;<br><input type="checkbox"/> Avoir moins de 180 mois d'assurance.                     | <input type="checkbox"/> AS = Pourcentage de l'AV à laquelle l'assuré aurait pu prétendre s'il avait atteint l'âge de la retraite au moment du décès.  |

## 2. Branche des risques professionnels

| Prestation   | Conditions exigées  | Modalités de calcul  |
|--|---|--|
| 1. Soins médicaux (SM) et pharmaceutiques, prothèses et orthopédie, Examens de laboratoire, frais de transport et séjour à l'hôpital | <input type="checkbox"/> Être assuré;<br><input type="checkbox"/> Accident de travail/ trajet ou maladie professionnelle.   | <input type="checkbox"/> Remboursés à 100%.  |
| 2. Indemnités journalières (IJ)  | <input type="checkbox"/> Être assuré;<br><input type="checkbox"/> Accident de travail ou maladie prof.;<br><input type="checkbox"/> Non rémunéré en période d'arrêt de travail. | $IJ = 2/3 \text{ de RJM sans dépasser } 180 \text{ jours. RJM} = \sum \text{ des salaires des } 3 \text{ mois précédant l'accident}$   |
| 3. Rente d'incapacité (RI)   | <input type="checkbox"/> Être assuré;<br><input type="checkbox"/> Degré d'incapacité supérieur ou égal à 15%;<br><input type="checkbox"/> Incapacité permanente totale.         | $RIP = RMM \times \% \text{ d'incapacité de } 15\% \text{ au moins}$<br>$RIT = RMM \times 100\%$   |
| 4. Allocation d'incapacité (AI)  | <input type="checkbox"/> Degré d'incapacité inférieur à 15%;<br><input type="checkbox"/> Perdre la totalité ou une partie du salaire.   | $AI = 3 \times RI \text{ annuelle}$  |
| 5. Rente des survivants  | <input type="checkbox"/> Décès de la victime;<br><input type="checkbox"/> Mariage légitime.   | <input type="checkbox"/> 50%/veuf ou veuve;<br><input type="checkbox"/> 20% /orphelin de père ou mère;<br><input type="checkbox"/> 40% /orphelin de père et mère;<br><input type="checkbox"/> 20%/ ascendant direct. |
| 6. Allocation de frais funéraires  | Si décès est consécutif à l'accident professionnel  | <input type="checkbox"/> 60.000 à 80.000 Fbu payés à celui qui a pris à sa charge ces frais.   |

## **(b) La Mutuelle de la Fonction Publique (MFP)**

### **Cadre institutionnel**

La MFP est régie par la loi n° 1/05 du 10 septembre 2002 portant réforme du régime d'assurance maladie-maternité des agents publics et assimilés. C'est un Etablissement public à caractère administratif, doté de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion et placé sous la tutelle du Ministère ayant la sécurité sociale dans ses attributions. Champ d'application personnel et matériel

La MFP couvre principalement 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, les personnels des sociétés et des établissements publics, les agents des administrations personnalisées ainsi que les cadres et personnels politiques de l'État.

Peuvent également obtenir la qualité d'affilié:

- les bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'inaptitude physique, d'une rente de survivant;
- 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 personnels des œuvres ou associations employés à une mission de service public.

Les travailleurs du secteur privé structuré ne sont pas affiliés à la MFP; ils sont soit affiliés dans des sociétés d'assurance privées, soit ils sont soignés par leurs employeurs conformément aux dispositions du Code du Travail (articles 140 à 145).

Les données statistiques sur le nombre d'affiliés à la MFP et leurs ayants droit ne sont pas tenues à jour par les services techniques. Sur base des données contenues dans l'étude actuarielle de la MFP réalisée en 2006, l'évolution probable des travailleurs affiliés à la MFP et les taux de couverture sociale par rapport à la population active du pays seraient les suivants:

| <b>Année</b>                   | <b>2004</b> | <b>2005</b> | <b>2006</b> | <b>2007</b> | <b>2008</b> | <b>2009</b> | <b>2010</b> |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Nombre d'affiliés (en millier) | 160,2       | 161,8       | 163,4       | 165,0       | 166,7       | 168,4       | 170,0       |
| Population active (en millier) | 3 636,5     | 3 826,0     | 4 015,0     | 4 202,0     | 4 386,0     | 4 559,0     | 4 718,0     |
| Taux de couverture             | 4,4%        | 4,2%        | 4,1%        | 3,9%        | 3,8%        | 3,7%        | 3,6%        |

D'après les renseignements fournis par les services techniques de la MFP, on estime à une moyenne de quatre ayants droit par affilié actif.

En effet, l'évolution probable de la population couverte par le régime d'assurance maladie géré par la MFP et les taux de couverture par rapport à la population totale seraient les suivants:

| Année                            | 2004     | 2005     | 2006     | 2007     | 2008     | 2009     | 2010     |
|----------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Population couverte (en millier) | 640,8    | 647,2    | 653,6    | 660,0    | 666,8    | 673,6    | 680,0    |
| Population totale (en millier)   | 7 559,10 | 7 861,40 | 8 175,90 | 8 506,20 | 8 855,30 | 9 223,90 | 9 612,10 |
| Taux de couverture               | 8,5%     | 8,2%     | 8,0%     | 7,8%     | 7,5%     | 7,3%     | 7,1%     |

La population couverte en assurance maladie par la MFP est légèrement inférieure à 10% de la population totale du pays. Le taux de couverture tend à diminuer d'année en année car les emplois dans le secteur public et parapublic sont en baisse alors que ceux du secteur informel se développent. La MFP a donc intérêt à s'étendre vers d'autres secteurs en vue de son développement futur.

Par ailleurs, dans le secteur privé structuré, certaines catégories de population sont laissées pour compte en matière de couverture maladie. Il s'agit notamment:

- des travailleurs œuvrant dans des professions libérales;
- des travailleurs œuvrant dans de petites et moyennes entreprises, voire de grandes entreprises, qui n'ont pas suffisamment de moyens financiers pour une prise en charge directe des soins médicaux par leurs employeurs; ou bien ceux dont les employeurs négligent de souscrire à une assurance maladie, faute de contrainte légale.

Le régime d'assurance maladie géré par la MFP couvre tous les soins médicaux (curatifs et préventifs) avec un ticket modérateur de 20% à charge du bénéficiaire des soins. Néanmoins, les prestations ci-après ne sont pas prises en charge par la MFP: *les soins médicaux en dehors du pays ; les ARV (prise en charge à 100% par d'autres structures étatiques) ; la chirurgie esthétique ; les spécialités médicamenteuses ayant des équivalents génériques ; les expertises médico-légales.*

La MFP collabore avec tous les centres de santé publics et ceux des confessions religieuses, tous les hôpitaux de districts, tous les hôpitaux de référence (4) et plusieurs pharmacies



privées conventionnées (en plus de ses pharmacies propres). Elle ne collabore pas encore avec les formations sanitaires privées (exception faite de celles des confessions religieuses).

### **Financement du régime d'assurance-maladie**

Le financement du régime d'assurance maladie géré par la MFP est essentiellement constitué de cotisations de ses membres. Le taux de cotisation est de 10% calculé sur l'ensemble des rémunérations brutes, primes et indemnités, à l'exclusion des sommes ayant un caractère de remboursement des frais, des avantages en nature et des gratifications. Il est réparti à raison de 6% à charge de l'employeur et 4% à charge du travailleur.

De manière subsidiaire, le financement provient des majorations de retard appliquées aux cotisations qui n'ont pas été versées dans le mois qui suit le mois de la cotisation, à raison de 1,5% pour les cotisations dues aux assujettis et 5% pour les cotisations précomptées sur les affiliés. Une autre source de financement provient des produits des placements d'excédents de trésorerie.

Le schéma ci-dessous montre schématiquement les prestations fournies et leur financement:

| <b>Organisme</b>  | <b>Prestations</b>  | <b>Financement</b>  |
|---|---|---|
| MFP (loi no 1/05 du 10 septembre 2002 portant réforme du régime d'assurance maladie-maternité des agents publics et assimilés). | Tous les soins médicaux et para médicaux, sauf les ARV, les soins extraterritoriaux, la chirurgie esthétique, etc | 10% du salaire de base dont -4% à charge du travailleur et 6% à charge de l'employeur |

### **2.2.2. Carte d'Assistance Médicale (CAM)**

La carte d'assistance médicale a été instituée par l'ordonnance ministérielle n° 620/57 du 20 mars 1984 portant création de la carte d'assistance médicale. Cette ordonnance a été modifiée par l'Ordonnance Ministérielle n° 630/172 du 23 mai 1996 qui régit actuellement ce système.

L'article 1er de cette ordonnance de 1996 stipule qu'il est institué une carte d'assistance médicale dont l'acquisition volontaire est ouverte à tout burundais âgé de 21 ans dont les activités relèvent du secteur des indépendants.

La carte donne à son acquéreur et aux membres de sa famille dont il a encore la charge, moyennant un ticket modérateur de 20% du coût, le droit aux prestations suivantes:

- les consultations médicales;
- les soins médicaux chirurgicaux;
- les soins dentaires;
- les soins de protection maternelle et infantile;
- les soins prénataux, les soins pendant et après l'accouchement;
- les soins pharmaceutiques;
- les examens para-cliniques;

Les prothèses dentaires, les lunettes et le déplacement restent à charge du bénéficiaire.

Le coût de la carte médicale est de:

- 500 Fbu pour les personnes qui tirent un revenu de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche de subsistance;
- 1.500 Fbu pour les artisans et les petits commerçants reconnus comme tels par leur commune de résidence;
- 3.000 Fbu pour les commerçants connus et enregistrés par le service des impôts et pour les autres catégories d'indépendants.

Malgré les apparences séduisantes de ce système, il n'est utilisé que par moins de 20% de la population. D'après différentes études qui ont été faites sur le sujet ainsi que de par les investigations lors de nos descentes sur terrain à l'intérieur du pays, les principales raisons qui expliquent ce manque de succès sont les suivantes:

- l'indisponibilité des médicaments dans les officines des dispensaires;
- la médiocrité de la qualité des services offerts ;
- l'autonomisation de la plupart des hôpitaux, qui les pousse à refuser systématiquement ces cartes sous prétexte de bonne gestion.

### 2.2.3. Assistance sociale

L'assistance sociale au Burundi est destinée aux catégories de groupes vulnérables, qui sont de plusieurs ordres comme indiqué ci-après. **Le plan national de protection et de promotion sociale** mis en place en 2000 propose les catégories de vulnérables suivantes: les enfants en difficulté, les personnes handicapées, les personnes indigentes et les personnes âgées. La grande majorité des personnes vulnérables est constituée par des enfants.



Le CSLP, quant à lui, définit les groupes vulnérables suivants: les populations rurales et urbaines très pauvres, les réfugiés intérieurs et extérieurs, les ménages victimes du VIH/SIDA, les enfants, les personnes âgées ou handicapées et les Batwa (les pygmées). La vulnérabilité de ces derniers est liée à leur discrimination historique.

### **Les enfants vulnérables**

Il s'agit des enfants orphelins, les enfants abandonnés, les enfants inadaptés dont 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 où des enquêtes ont été menées. Le nombre global d'enfants considérés comme vulnérables a été estimé à 835.996 en 2005, selon les données fournies par le CNLS<sup>19</sup>. 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 confrontés le plus durement aux trois phénomènes reconnus comme générateurs d'orphelins et d'enfants vulnérables: *le VIH/SIDA, les conflits armés et la pauvreté.*

---

19 Conseil National de Lutte contre le Sida.

Au Burundi, les orphelins et autres enfants vulnérables (OEV) représentent la population la plus importante en termes de groupe le plus nécessiteux 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'OEV en vue de trouver une solution globale pour tous les cas. Le Burundi a ainsi entamé le processus de préparation de la Politique Nationale en faveur des Orphelins et autres Enfants Vulnérables.

### **Les personnes âgées (population de plus de 60 ans)**

Les statistiques du recensement général de la population effectué en 1990 situent les personnes âgées dans la tranche d'âge de 60 ans et plus. Cette tranche représente 2,4% de la population burundaise. Cette population a été estimée, dans les projections démographiques de l'étude actuarielle de l'INSS de l'année 2008, à 205.397 en 2006; 207.345 en 2007 et 209.168 en 2008. Les projections donnent 211.303 pour 2009 et 213.544 pour 2010.

### **Les personnes handicapées**

Selon l'OMS, la population handicapée au Burundi est estimée à 4,5% de la population totale en 2008.

Une enquête menée en 2001 au sujet des seuls enfants a révélé 10.577 cas d'enfants handicapés à travers tout le pays. Ceux-ci connaissent une double vulnérabilité due d'abord au fait qu'ils sont enfants, ensuite du fait de leur handicap.

Il n'existe pas de données exhaustives sur la situation nationale des personnes handicapées. Par contre, deux enquêtes menées en 2004 et en 2007 ont révélé un nombre de personnes handicapées respectivement égal à 4.478, répartis dans 16 centres et 38 associations et à 5.553, répartis en 19 centres et 47 associations sur tout le territoire national.

Le tableau suivant en donne un sommaire quant aux types de personnes handicapées actuellement prises en charge au cours des années 2004 et 2007.

| Année | Aveugles | Sourds | Handicapés physiques | Polyhandicapés | Total | Centres et associations de prise en charge |
|-------|----------|--------|----------------------|----------------|-------|--|
| 2004  | 102      | 160    | 2 467                | 1 749          | 4 478 | 54   |
| 2007  | 86       | 211    | 2 058                | 3 198          | 5 553 | 66   |

Il se dégage de ce tableau que les polyhandicapés commencent à attirer l'attention des intervenants en matière d'assistance sociale. Si l'on se réfère au seul nombre d'enfants handicapés recensés en 2001, on voit que le pays a encore un long chemin à parcourir pour un encadrement de 100% de personnes handicapées et en particulier les enfants.

#### **Les personnes sinistrées (réfugiés, rapatriés et déplacés intérieurs)**

Le nombre total de réfugiés vivant dans les différents camps de réfugiés du Burundi est estimé à 26.800, selon des sources du HCR.

L'évolution de l'effectif des personnes rapatriées, de 2002 à 2008, se présente comme suit, selon le Programme d'Appui à la Réinsertion des Sinistrés (PARES).

| Année    | 2002   | 2003   | 2004   | 2005   | 2006   | 2007   | 2008<br>(janvier à novembre) |
|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------------------------------|
| Effectif | 45.623 | 90.191 | 98.440 | 72.056 | 48.123 | 41.718 | 92.200                       |

En 2005, le nombre de ménages de personnes déplacées intérieurs était estimé à 37.584, répartis sur 174 sites de déplacés à travers tout le pays.

Les données disponibles sur l'évolution des effectifs des personnes déplacées intérieurs se présentent comme suit.

| Année    | 1994    | 1995    | 1996    | 1997    | 1998    | 1999    | 2000    | 2005    |
|----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Effectif | 130 600 | 477 800 | 567 000 | 616 500 | 668 200 | 436 200 | 375 500 | 160 789 |

Une mise à jour des effectifs et des besoins de personnes déplacées est en cours de réalisation par le Ministère ayant en charge la Solidarité Nationale. Les déplacés continuent par ailleurs d'avoir 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 de vulnérables précédemment évoqués, il existe d'autres groupes de personnes exposées à une vulnérabilité conjoncturelle, pour des raisons diverses, dont essentiellement la maladie, les sècheresses et autres catastrophes naturelles, la pauvreté et le veuvage. Cela en fait des personnes conjoncturellement indigentes.

*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 pris en charge. Cependant, le Ministère de la Santé estime l'effectif des indigents à 11% de la population nationale. D'après les informations recueillies auprès des services du Ministère de la Santé, les données sur les personnes indigentes sont régulièrement mises à jour par les services de l'administration territoriale.

## 2.3. Le système de santé

Le système de santé du Burundi est organisé sous forme de pyramide à 3 niveaux:

**Le niveau central** qui est responsable de:

- la définition de la politique sanitaire et l'élaboration des stratégies d'intervention;
- la planification, l'administration et la coordination du secteur de la santé;
- la définition des normes de qualité, leur suivi et leur évaluation.



**Le niveau intermédiaire**, composé de 17 Bureaux Provinciaux de Santé (BPS), qui sont chargés de la coordination des activités sanitaires au niveau provincial, de l'appui aux Districts Sanitaires et aux Centres de santé, ainsi que la formation du personnel de santé de son ressort.

**Le niveau périphérique**, composé de Districts Sanitaires au nombre de 45, et d'un réseau d'environ 610 Centres de Santé répartis dans toutes les Communes du Pays. Le District

Sanitaire est l'entité opérationnelle la plus périphérique du Ministère de la Santé Publique, couvrant une population comprise entre 150.000 et 250.000 habitants, et environ 10 à 15 Centres de Santé. Le District Sanitaire est centré sur un Hôpital de District, qui est l'Hôpital de première référence. Le District sanitaire est responsable de l'organisation, de la planification et de la supervision des activités sanitaires au niveau de l'Hôpital de District, des Centres de Santé et de la Communauté.

L'organisation du système de soins se décline en 4 paliers:

- ○ **Le Centre de Santé**, qui est le premier contact de la population avec le système de soins, représente le niveau le plus périphérique du système de soins.
- ○ Les Hôpitaux de première référence qui sont les **Hôpitaux de Districts**.
- ○ Les Hôpitaux de deuxième référence qui sont des **Hôpitaux régionaux** au nombre de quatre: Gitega, Bururi, Ngozi et Ruyigi;
- ○ **Les Hôpitaux de référence nationale** qui sont les grands hôpitaux de Bujumbura: le Centre Hospitalo-universitaire de Kamenge (CHUK) dépendant du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche scientifique, l'Hôpital Prince Régent Charles (HPRC), la Clinique Prince Louis Rwagasore (CPLR), l'Hôpital Militaire de Kamence (HMK) dépendant du Ministère de la défense nationale et des anciens combattants, et le Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge (CNPK).

La carte sanitaire du Burundi indique que le pays dispose d'environ **610 Centres de santé fonctionnels, dont 63% relèvent du secteur public**. Des 47 hôpitaux du pays, il y en a 42 qui sont fonctionnels, dont 33 hôpitaux de première référence, 4 hôpitaux de deuxième référence et 5 hôpitaux spécialisés.

*Le secteur privé à but non lucratif est essentiellement constitué de centres de santé (33 pour cent de l'ensemble) appartenant aux confessions religieuses. Ces dernières disposent également d'un réseau de 8 hôpitaux sur les 42 fonctionnels au niveau national. Ce secteur participe pleinement à la réalisation de la Politique Nationale de Santé.*

Le secteur privé lucratif médical et pharmaceutique est essentiellement présent au niveau des centres urbains et plus particulièrement au niveau de la ville de Bujumbura. Ce secteur joue un rôle progressivement croissant dans le système de santé. Au niveau des structures de soins, le secteur privé lucratif comprend 6 cliniques qui se trouvent dans la ville de Bujumbura et un réseau de centres de santé et pharmacies disséminés sur tout le territoire national. Ce secteur souffre d'un manque de contrôle de qualité et de supervision.

## 2.4. Le système communautaire de protection sociale: Les mutuelles de santé

### 2.4.1. Faisabilité au Burundi

Depuis le sommet social de Copenhague de 1995, le développement des mutuelles de santé a été retenu comme le moyen le plus efficace de favoriser l'accès des plus pauvres aux soins de santé de qualité. **Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2006-2010** reconnaît également la priorité qui devrait être accordée aux mutuelles de santé. Néanmoins devant le contexte de guerre qui a engendré une paupérisation quasi généralisée des populations, la mise en place des mutuelles de santé ne pourrait démarrer qu'avec beaucoup de précautions au point que certaines coopérations restent opposées actuellement au développement des mutuelles de santé au Burundi.

Il faut néanmoins se rendre à l'évidence qu'il n'existe pas d'autres alternatives durables. Les ravages que causent le retrait des bailleurs extérieurs comme MSF à Karuzi, Makamba et Ruyigi avec des taux de fréquentation qui, en quelques jours s'effondrent de plus de la moitié, le fait que malgré la quasi gratuité des soins, les centres de santé confessionnels qui restent dans le recouvrement des coûts ne connaissent pas de fléchissement notable de leur fréquentation, prouvent que la population devrait être consciente de ces facilités.

Par contre, la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans ainsi que pour les accouchements est une mesure salubre transitoire pour ces catégories vulnérables qui allège le poids des ménages et contribuerait à diminuer les niveaux de cotisation dans les mutuelles (une espèce de subvention de fait des mutuelles qui devrait se mettre en place pour les autres catégories).

Des pays voisins qui présentent des conditions en tous points semblables au Burundi ont mis en place des mutuelles de santé communautaires qui marchent comme le Rwanda et la Province du Sud Kivu en RDC. Les expériences burundaises que nous évoquerons dans les paragraphes qui suivent permettent malgré leurs limites de se lancer aujourd'hui plus que jamais dans leur renforcement maintenant que la paix est revenue et que l'on passe progressivement de la phase post conflit à celle du développement.



Il est tout de même étonnant que les grands programmes internationaux<sup>20</sup> (BIT STEP, USAID) d'appui aux mutuelles soient si peu présents au Burundi.

Une étude conduite par l'ABUCO<sup>21</sup> conclut que les mutuelles sont faisables au Burundi sans vraiment approfondir les déterminants fondamentaux. Des études réalisées par CORDAID, Santé plus et Health net TP<sup>22</sup> montrent que dans l'état actuel de la capacité contributive des ménages, le développement des mutuelles de santé ne sera pas facile.

Des études très détaillées réalisées par le PROMUSCABU (Promotion des mutuelles de santé des caféiculteurs du Burundi soutenus par ADISCO et Solidarité Socialiste) montrent que les populations seraient prêtes dans la grande majorité à payer une cotisation de 5000 F Burundais et qu'une frange (60%) des plus aisés pourrait monter jusqu'à 10.000 F Bu par famille). Seule une petite fraction (20 à 30%) accepte de monter jusqu'à 15.000 F Bu. Or on sait que la cotisation idéale se situerait entre 60.000 et 70.000 F Bu par ménage. Seules les subventions actuelles du système de santé notamment la carte d'assistance médicale, la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les accouchements de même que la gratuité de la combinaison artésunate-amodiaquine pour traiter la malaria au premier niveau permettent de ramener les cotisations à des niveaux acceptables compris entre 10.000 et 25.000 F bu par famille. Si un de ces mécanismes est mis en cause, une mutuelle de santé aura peu de chances de survivre. Néanmoins à part la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les accouchements, les autres mécanismes semblent bénéficier de subventions sur le long terme<sup>23</sup>.

Le développement des mutuelles de santé au Burundi est donc limité par la faible capacité contributive des ménages ainsi que des politiques incohérentes de gratuité promue par certaines coopérations et ONGs humanitaires.

Néanmoins, alors qu'en 2009, seules deux réseaux de mutuelles étaient en place à savoir les MSAG et les MUSCABU, le processus du développement des mutuelles de santé semble s'accélérer avec au moins trois nouvelles initiatives naissantes présentées-ci après.

---

20 Le BIT STEP a réalisé une mission exploratoire en fin 2006.

21 ABUCO: Étude de faisabilité d'une mutuelle de santé communautaire, AECO Conseils.

22 Robert SOETERS: Résultat de l'enquête ménage et de l'enquête qualité de base pour le PBF, Santé Plus, CORDAID et Health net TPO, 2008.

23 Deogratias NIYONKURU: Étude de faisabilité pour la mise en place des mutuelles de santé des caféiculteurs du Burundi., ADISCO, février 2009.

## 2.4.2. Les mutuelles de santé de l'Archidiocèse de Gitega (MSAG)

Les Mutualités de Santé de l'Archidiocèse Gitega (MSAG) sont promues par l'ODAG avec l'appui de l'ONG belge Solidarité Mondiale (WSM), de l'ANMC (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes) et les Mutualités de Gand (CMMV).

**La mutualité est composée actuellement de quatorze sections avec une coordination encore dépendante de l'ODAG**, l'organisation pour le développement de l'archidiocèse de Gitega, une asbl juridiquement autonome du diocèse, mais dont le Président et Représentant Légal reste l'Archevêque de l'Archidiocèse. Les MSAG cherchent néanmoins à obtenir leur personnalité juridique, mais resteraient en relation privilégiée avec l'Archidiocèse.

**L'adhésion à la mutuelle est libre, mais l'adhérent paie un montant de 100 Fbu**, soit 0,058 euros ou 0.085\$ US pour l'achat ou le renouvellement de la carte de membre. Les cotisations ont évolué au cours des années de 3500 F Bu à 7000 F bu pour les ménages et de 2500 à 5000 F pour les personnes seules. Quelques sections pratiquent néanmoins des taux plus élevés. La cotisation est annuelle et progressive avec une année mutualiste qui commence au 1<sup>er</sup> octobre.



*Image de sensibilisation des MSAG*

**A la base, les mutuelles sont gérées par un comité de section composé de huit membres, obligatoirement quatre hommes et quatre femmes** dont le rôle essentiel reste la mobilisation sociale et qui travaillent dans le bénévolat. Un agent mutualiste choisi en général par le curé de la paroisse et formé par la MSAG assure la sensibilisation rapprochée et procède à l'enregistrement de différentes opérations de la section. Cet agent est rémunéré par la MSAG et est donc un agent de l'ODAG.

*Au niveau de la centrale, un animateur principal et une animatrice réalisent des opérations d'identification, planification, définition des politiques et stratégies, enregistrements définitifs des opérations ainsi que le suivi-contrôle.* Un gestionnaire central réalise la comptabilité du projet ainsi que l'établissement des éléments du suivi financier des sections. Leurs contrats de travail et donc leur gestion relève de l'ODAG, mais ils disposent d'un compte bancaire séparé pour le projet et pour les mutuelles dont la signature est conjointement détenue par le Secrétaire Exécutif de l'ODAG et l'animateur principal des MSAG.

Les mutuelles sont en convention (tacite) avec le centre de santé catholique de la paroisse qu'elles couvrent, mais une innovation récente permet de se faire soigner dans tous les centres de santé du diocèse qui disposent d'une mutuelle. Une carte spéciale pour bénéficiaire délocalisé a été même mise en place et permet à ce bénéficiaire, surtout des élèves, de bénéficier des soins là où il arrive.

Le système est un tiers payant au premier franc. Le ticket modérateur est unique et a été fixé à 40% sur tous les services couverts. Ces services sont constitués par tout **le paquet des services du centre de santé** qui sont catégorisés ainsi:

- Les consultations médicalisées;
- La petite chirurgie et injections;
- Les accouchements simples et compliqués;
- Les hébergements.

Les fonds collectés sont versés chaque semaine dans un compte de la section basée à l'ODAG. Le remboursement s'effectue par un virement effectué par l'ODAG du compte de chaque section vers celui du centre de santé lui aussi logé à l'ODAG. Ces comptes ne génèrent aucun intérêt, mais ne prélèvent pas non plus de charges de gestion.

Le tableau qui suit présente les évolutions de quelques performances de ces mutuelles entre 2006 et 2009. Ils relèvent que le système évolue lentement mais sûrement et que le

taux de pénétration atteint presque celui qu'avait le Rwanda avant la généralisation de son système (7% contre 9%). **Le système a sensiblement amélioré l'utilisation des services qui a doublé et même triplé dans certaines sections.**

Les chiffres indiquent aussi que les cotisations sont relativement faibles et ne couvrent pas toujours les coûts des prestations. Si l'on y ajoute les coûts de fonctionnement, on se rend compte que ces mutuelles nécessitent davantage de subventions.

Les MSGAG constituent aussi des lieux importants de mobilisation communautaires. Les membres mobilisent des fonds pour se secourir mutuellement et pour aider ceux en retard de cotisation. Des crédits élevage de chèvres et pour activités génératrices de revenus sont accordés aux membres pour améliorer la capacité contributive.

**Tableau 2. Situation des MSAG pour l'année mutualiste 2009-2010**

| Section       | Total titulaires section | Nombre de personnes à charge | Total bénéficiaires |
|---------------|--------------------------|------------------------------|---------------------|
| Buhoro        | 115                      | 565                          | 680                 |
| Murayi        | 535                      | 2670                         | 3205                |
| Nyabikere     | 534                      | 3202                         | 3736                |
| Ntita         | 415                      | 2075                         | 2490                |
| Nyabiraba     | 102                      | 509                          | 611                 |
| Mugera        | 134                      | 670                          | 804                 |
| Kirimbi       | 100                      | 492                          | 592                 |
| Mbogora       | 117                      | 585                          | 702                 |
| Bugenyuzi     | 324                      | 2041                         | 2365                |
| Rabiro        | 168                      | 838                          | 1006                |
| Mukanda       | 102                      | 510                          | 612                 |
| Muyuga        | 70                       | 349                          | 419                 |
| Nyangwa       | 58                       | 290                          | 348                 |
| Mutoyi        | 84                       | 420                          | 504                 |
| <b>Total:</b> | <b>2 858</b>             | <b>15 216</b>                | <b>18 074</b>       |

Source: MSAG

NB: Certaines nouvelles sections sont le produit d'une scission des anciennes.

### **2.4.3. Les mutuelles de santé des caféiculteurs du Burundi (MUSCABU)**

Appuyées par l'asbl burundaise ADISCO (Appui au Développement Intégral et à la Solidarité sur les Collines) avec le soutien de l'ONG belge Solidarité socialiste et des mutualités socialistes, les MUSCABU sont portées par les associations des caféiculteurs du Burundi regroupés au sein de la CNAC (Confédération nationale des associations des caféiculteurs). Les appuis se font au travers le PROMUSCABU, « le programme de promotion des mutuelles de santé des caféiculteurs du Burundi ».

Le programme intervient au niveau de quatre à cinq unions (regroupées autour des stations de dépulpage et de lavage) par fédération de la CNAC à savoir: Shiramazinda du Kirimiro, Muco w'ikawa du Mumirwa, Bonakure de Kayanza, Nkorerangukize de Ngozi et Mfashangufashe de Muyinga-Kirundo. Des actions seront conduites en amont pour infléchir les politiques nationales et les autres acteurs de développement à s'engager sur la question des mutuelles de santé.

Le programme vise les résultats ci-après sur trois ans:

1. 25 mutuelles de santé fonctionnelles et viables couvrant 15.000 ménages soit près de 100.000 personnes sont mises en place au sein des associations des caféiculteurs, (mais au service de toutes les populations qui y trouveraient intérêt) et permettent d'améliorer l'accès aux soins de santé.
2. Des réseaux de mutuelles viables s'organisent pour influencer l'amélioration de la qualité des soins.
3. La capacité contributive des mutualistes est améliorée par des activités complémentaires.
4. Des actions de sensibilisation et de prévention de la maladie (malaria, maladies diarrhéiques, IRA, VIH SIDA) sont conduites par les mutuelles au sein des communautés.
5. Une politique nationale concertée de l'assurance maladie est promue.
6. Des systèmes de gestion, de capitalisation et de communication efficaces sont mis en œuvre.

Le projet est coordonné par un Directeur assisté de deux superviseurs (un basé à Bujumbura pour les fédérations Mumirwa et Kirimiro) l'autre à Ngozi pour les fédérations de Kayanza, Ngozi et Kirundo-Muyinga) et 5 animateurs basés au sein de chaque fédération. Un comité de pilotage du projet joue en premier le rôle d'orientation du projet. Il est composé de représentants de l'ADISCO et de la CNAC.

Chaque MUSCABU est en convention avec 5 à 7 centres de santé à la fois publics et confessionnels ainsi que deux à trois hôpitaux de districts et/ou provinciaux.

**Les cinq unions de mutuelles viennent d'être constituées dans les cinq bassins caféicoles du pays.** Ils permettent d'organiser l'inter mutualité au sein de l'Union.

L'année 2010 devrait voir l'avènement d'une fédération des mutuelles qui devra assumer progressivement la prise en main du travail d'animation et de plaidoyer.

Les taux d'utilisation des services se situent à 0,72, ce qui est élevé dans la mesure où il ne concerne que les personnes de plus de cinq ans. **Le taux de pénétration des unions des caféiculteurs est de 14%, tandis que le taux de recouvrement des cotisations est de 89%.** Toutes les mutuelles supportent sans subvention aucune les charges des soins et de fonctionnement interne.

**Des activités complémentaires génératrices de revenus** sont aussi financées par les mutuelles de santé. Il s'agit principalement d'un crédit pour chèvres et pour filières agricoles intéressantes: riz, bananier, palmier à huile, oignon, etc.

Les mutuelles réalisent des actions de sensibilisation aux principales maladies: malaria, VIH/ SIDA, maladies diarrhéiques, etc. Chaque mutuelle a aussi aménagé ou réparé deux sources d'eau.

Le programme réalise également un travail important de plaidoyer pour améliorer la qualité des soins ainsi que sur le développement d'une assurance maladie la plus profitable possible aux populations rurales.

Le tableau qui suit compare les résultats obtenus entre 2008 et 2010:

| N°  | NOM DE LA MUTUELLE | SIEGE DE LA MS | TOTAL AD-HERENTS 2008 | TOTAL AD-HERENTS 2009 | TOTAL BENEFCIAIRES | NBRE PERSONNES SOIGNEES | DONT HOSPITALISATIONS                    | COUT MOYEN    |
|---|--------------------|----------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|-------------------------|--|---------------|
| 1   | GARUKIRAMAGARA     | RUGAZI         | 251                   | 367                   | 2 048              | 560                     | 8  | 1087          |
| 2   | TWITEHAMAGARA      | MUSIGATI       | 339                   | 486                   | 2 638              | 1136                    | 23                                       | 1040          |
| 3   | RWANIRUBUZIMA      | MUGINA         | 431                   | 590                   | 3 392              | 789                     | 34                                       | 2175          |
| 4   | TUVUZABARIMYI      | BUGANDA        | 298                   | 562                   | 3 320              | 360                     | 8  | 1533          |
| 5   | TUVUZANYE          | KORANE         | 268                   | 333                   | 1 571              | 561                     | 35                                       | 2827          |
| 6   | DUKINGIRAMAGARA    | TABA           | 319                   | 468                   | 2 668              | 1314                    | 23                                       | 2207          |
| 7   | TUGARUKIRUBUZIMA   | MPARAMIRUNDI   | 347                   | 619                   | 3 534              | 1633                    | 65                                       | 1283          |
| 8   | TUGIRAMAGARA MEZA  | KABARORE       | -                     | 322                   | 1 932              | 223                     | 5  | 1383          |
| 9   | TUBABARANE         | MUBUGA         | 373                   | 409                   | 2 496              | 705                     | 12                                       | 1754          |
| 10  | TUBUNGABUNGAMAGARA | GITOBÉ         | 695                   | 740                   | 4 259              | 1435                    | 6  | 1181          |
| 11  | TUGARUKIRAMAGARA   | GISHAMBUISHA   | 396                   | 533                   | 2 900              | 454                     | 7  | 1312          |
| 12  | GARUKIRAMAGARA     | KIREMBA        |                       | 307                   | 1 842              |                         |  |               |
| 13  | AMAGARA YACU       | BUSIGA         |                       | 319                   | 1 914              |                         |  |               |
| 14  | GARUKIRAMAGARA     | BUSHAZA        |                       | 353                   | 1 961              | 59                      | 0  | 2331          |
| 15  | TUVUZANYE          | GATARA         |                       | 386                   | 2 219              | 76                      | 5  | 3518          |
| <b>SOUS TOTAL MS PRESTANT</b>                       |                    |                | <b>3 717</b>          | <b>6 882</b>          | <b>39 175</b>      | <b>9 305</b>            | <b>231</b>                               | <b>23 631</b> |
| 16  | DUKINGIRUBUZIMA    | BUKIRASAZI     |                       | 400                   | 2 320              |                         | A démarré mais pas encore de prestations |               |
| 17  | RWARUKIRA          | NYAMURENZA     |                       | 271                   | 1572               |                         | N'a pas encore démarré                   |               |
| 18  | TURWAZANYE         | MWUMBA         |                       | 460                   | 2 668              |                         | N'a pas encore démarré                   |               |
| 19  | TUBABARANE         | GIHOGAZI       |                       | 267                   | 1 549              |                         | N'a pas encore démarré                   |               |
| 20  | TUBABARANE         | BUBANZA        |                       | 142                   | 824                |                         | N'a pas encore démarré                   |               |
| 21  | MIZERO             | RANGO          |                       | 172                   | 998                |                         | N'a pas encore démarré                   |               |
| SOUS TOTAL RECEMMENT OUVERTES OU A OUVRIR RECEMMENT |                    |                |                       | 1 712                 | 9 930              |                         |  |               |
| TOTAL GENERAL                                       |                    |                | 8 594                 |                       | 49 105             |                         |  |               |

#### **2.4.4. Les autres initiatives naissantes**

Le travail réalisé par les MSAG et les MUSCABU au-delà de ses propres performances aura aussi le mérite d'avoir fait oser les autres organisations à se lancer dans l'appui aux mutuelles de santé communautaires.

Aujourd'hui, trois autres systèmes se mettent en place. Il s'agit des mutualités de santé du Diocèse de Muyinga, des mutuelles soutenues par l'ONG Louvain Développement ainsi que des mutuelles promues par l'asbl SOS Médicaments.

##### ***Les mutualités du Diocèse de Muyinga***

Le Bureau de développement du Diocèse de Muyinga avec l'appui financier des mutualités chrétiennes de Gand (CMVV) développe aujourd'hui une mutualité sur le modèle des mutualités de Gitega dont elles partagent un des bailleurs de fonds.

En janvier 2010, il est envisagé la création de cinq sections mutualistes dans les paroisses de Murore, Gitaramuka, Ruzo, Gisanze, Ntega et Gasura. A notre passage le 5 janvier 2010, les effectifs d'adhésion se faisaient remarquer et les premiers remboursements commençaient.

Il existe néanmoins deux différences avec les MSAG: le niveau de cotisation se situe à 10.000 Fbu pour les couples et à 7.000 Fbu pour les individus seuls, ce qui devrait permettre d'atteindre plus rapidement la viabilité.

La carte de membre ici porte les photos de l'ensemble des membres du ménage, ce qui permet de mieux contrôler les fraudes éventuelles. Ces photos représentent néanmoins un réel coût pour les populations (entre 2.000 et 4.000 Fbu) pour les ménages. Ces mutuelles augurent d'un certain succès au vu de la grande confiance dont jouit l'animateur principal du projet (catéchiste qui a développé un système de micro crédits dans la région) et surtout grâce à la qualité des centres de santé catholiques conventionnés avec la mutuelle mais dont le coût est relativement élevé. Le ticket modérateur est de 40% comme à Gitega.



A Murore, les membres de la mutuelle souhaitent qu'à moyen terme la mutuelle permette de:

- accéder aux soins hospitaliers;
- prendre en charge les évacuations par ambulance;
- avoir un accès à différents autres centres de santé;
- bénéficier des appuis pour le renforcement de la capacité contributive;
- initier des actions d'éducation à la santé et des actions de prévention.

### ***Les mutuelles de la province de Bujumbura rural***

L'ONG SOS Médicaments avec l'appui des mutualités libres de Belgique vient de terminer une étude de faisabilité pour la mise en place des mutuelles de santé dans la province de Bujumbura rural.

### ***Les mutuelles santé de l'UCODE***

L'UCODE (Union pour la Coopération et le Développement) vient d'obtenir des moyens importants du "Fonds Belge de Survie" pour mettre en place huit mutuelles de santé dans les provinces de Kayanza, Ngozi et Kirundo- Musinga au sein d'un programme plus général d'appui à la sécurité alimentaire. Le produit reste encore à définir, mais nous apprenons que la mutuelle serait connectée aux guichets de l'UCODE microfinance.

## **2.5. Les sociétés d'assurance privées**

Constatant que les régimes publics de sécurité sociale n'offrent qu'une protection de base limitée au niveau des prestations servies en pension et en maladie, les assurances privées ont opté de compléter cette protection sociale par une large gamme de produits de nature à apporter un complément substantiel de prestations en cas d'accidents ou de maladies, en cas de retraite, etc.

A titre d'illustration, les sociétés d'assurance privées mettent à la disposition du public les produits d'assurances vie suivants:

- ○ assurance accidents (individuelle ou collective);
- ○ assurance globale protection des employés (décès naturel et invalidité);
- ○ assurance pension complémentaire<sup>24</sup>;
- ○ assurance maladie;
- ○ frais funéraires;
- ○ garantie maladies graves;
- ○ maladies pendant le voyage;
- ○ assurance éducation;
- ○ etc.

Aujourd'hui, cinq sociétés privées d'assurance telles que la SOCABU, BICOR, UCAR, SOCAR et SONAVIE offrent des produits variés de type protection sociale (assurance maladie, pension complémentaire, assurance éducation....).

L'opinion dominante dans le pays soutient de telles initiatives et propose même qu'elles s'étendent et se renforcent aussi bien dans le secteur structuré que dans le secteur informel et le secteur rural.

Le Gouvernement est également d'avis qu'il faut encourager la contribution ainsi offerte par ce secteur privé d'assurance, tout en veillant à mettre sur pied un dispositif légal de protection des preneurs de telles assurances.

---

24 En réalité, il ne s'agit pas d'une assurance pension complémentaire, mais d'une assurance pension facultative de 3<sup>ème</sup> pilier.

# ③ Strategies d'extension de la protection sociale au Burundi

La conception de la politique nationale de protection sociale au Burundi et la mise en application des programmes qu'elle sera appelée à mettre en place constituent un vaste chantier qui aura pour conséquences des changements sociaux et économiques majeurs. Pour réaliser la mise en œuvre et le développement de la politique nationale de protection sociale, le Gouvernement envisage d'adopter le cadre stratégique basé sur trois axes fortement corrélés entre eux:

- ○ Axe 1: Renforcement des organisations de l'économie solidaire ;
- ○ Axe2: Réforme et renforcement des systèmes de protection sociale existants ;
- ○ Axe3: Extension progressive de la couverture de protection sociale à toute la population.

## 3.1. Renforcement des organisations de l'économie solidaire

Le développement de la Politique nationale de protection sociale sera largement tributaire des capacités contributives de la population. Elle s'attachera à appuyer les organisations de l'économie solidaire, comme les coopératives, les associations de producteurs dans les domaines agricole ou artisanal, avec des objectifs de:

- ○ Organiser et/ou appuyer la population dans des activités génératrices de revenus, en mettant à disposition les ressources nécessaires par des mécanismes appropriés comme ceux de la micro finance.
- ○ Promouvoir des objectifs de la prévoyance individuelle et communautaire par des mécanismes d'épargne afin que les populations puissent répondre de manière planifiée et appropriée à leurs besoins prioritaires comme les soins de santé, l'accès à l'eau, l'accès à un logement décent, l'accès au revenu, la scolarisation des enfants, etc.
- ○ Une fois les organisations de l'économie devenues solides, elles seront les piliers sur lesquels s'appuieront les systèmes de protection sociale qui seront

mis en place comme les mutuelles de santé, les systèmes d'épargne ou de prévoyance. Elles pourront jouer le rôle déterminant que jouent les entreprises dans le fonctionnement des systèmes de sécurité sociale du secteur structuré.

### 3.2. Réforme et renforcement des systèmes formels de protection sociale existants

Les organismes de sécurité sociale existants tels que l'Institut National de Sécurité Sociale (INSS), la Mutuelle de la Fonction publique (MFP), et bien d'autres qui vont être mis en place comme l'office national des pensions et des risques professionnels (ONPR) devront être re-examinés à la lumière des objectifs de la politique nationale de protection sociale, en vue de voir dans quelle mesure ils pourraient servir des prestations de meilleure qualité ou couvrir plus de personnes. Des réformes pourraient les amener à jouer un rôle plus déterminant dans le nouveau contexte.

#### *Réformes d'ordre juridique*

Il s'agit de mettre en place un arsenal de textes juridiques cohérents et correctement hiérarchisés:

- ○ Définir le cadre juridique de base de la protection sociale au Burundi, autrement dit, l'élaboration et la promulgation d'un **code général de protection sociale** d'où prendront appui les divers autres textes de lois régissant les organismes tant publics que privés qui interviennent dans la gestion de la protection sociale au Burundi. Des réformes juridiques s'imposent afin de réunir l'ensemble de textes de lois en vigueur en les améliorant et en les complétant.
- ○ Réformer les textes de loi en vigueur à commencer par le Code du travail.
- ○ Harmoniser et améliorer les textes législatifs et réglementaires régissant les systèmes formels existants de protection sociale avec le code général de protection sociale.
- ○ Procéder à la ratification des textes juridiques ayant trait au travail et à la protection sociale non encore ratifiés par le Burundi.
- ○ Elaborer et promulguer une loi-cadre régissant les sociétés d'assurance privées qui interviennent dans la gestion des produits de protection sociale.
- ○ Accélérer l'intégration et l'harmonisation des systèmes de sécurité sociale dans les pays de la Communauté de l'Afrique de l'Est (East African Community).

### ***Mise en place et renforcement des organes de gestion***

Il s'agit de:

- ○ Redéfinir le cadre institutionnel actuel de l'INSS et de la MFP dans le sens de leur conférer plus d'autonomie et de marge de manœuvre dans la réalisation des missions respectives leur confiées.
- ○ Mettre en place un Conseil d'Administration composé de façon paritaire entre les représentants de l'État, les représentants des travailleurs et des employeurs avec une présidence tournante de cet organe. Ainsi, les trois partenaires se sentiront plus concernés et responsables de la bonne gouvernance de ces organismes gestionnaires.
- ○ Mettre sur pied un Comité spécialisé d'investissement des fonds des organismes de sécurité sociale.
- ○ Mettre en place les organes de contrôle interne complétés par des audits externes périodiques.
- ○ Introduire dans la gestion quotidienne des organismes de protection sociale les méthodes managériales modernes et spécifiques à la gestion des organismes de protection sociale.
- ○ Former les ressources humaines de qualité chargées de gérer les systèmes de protection sociale mis en place.
- ○ Mettre en place des stratégies d'information, de communication et de sensibilisation de divers partenaires de la protection sociale.

### **3.3. Extension des systèmes formels de protection sociale existants**

La réforme des systèmes de protection sociale existants dans le secteur public et dans le secteur privé structuré ne gênera en rien la mise en application des programmes d'extension de la protection sociale aux populations de l'économie informelle. Des initiatives récentes émergent dans le pays. C'est bien le cadre légal approprié de ces initiatives naissantes qu'il sera nécessaire de mettre en place, et répondre aux défis de leur consolidation et de leur extension.

Pour le secteur de l'économie informelle, des dispositions en matière de protection sociale existent. Elles sont éparpillées et sont confiées à divers départements ministériels comme le Ministère de la santé publique, le Ministère de la solidarité nationale, le Ministère de

l'éducation nationale et bien d'autres. La politique nationale de protection sociale envisagée devrait déboucher sur la mise en place d'une réglementation cohérente qui traduira la vision du pays, sous forme d'un Code général de protection sociale.

L'absence d'un Code de prévoyance sociale prive le pays d'un cadre idoine pour le développement cohérent des programmes de protection sociale ainsi que le développement des initiatives communautaires.

La programmation des actions à entreprendre dans chaque secteur devrait faire l'objet d'une discussion consensuelle. La stratégie étant toujours d'associer de manière démocratique les catégories de populations concernées<sup>25</sup>. Une fois la politique nationale de protection sociale adoptée, il sera nécessaire de mettre en place le cadre institutionnel de mise en œuvre et organiser les ressources.

A cette étape, un document de programmation *sera mis au point de manière consensuelle* et mis en œuvre par la suite.

### **Stratégies d'extension au niveau du secteur structuré**

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

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

---

25 CSPL, p. 78.

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

### **Stratégies d'extension de la protection sociale au niveau du secteur informel et rural**

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

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

En effet, le CSLP indique que le Gouvernement entend encourager le développement des mutuelles de santé communautaires en initiant un programme d'appui à leur développement<sup>26</sup>.

Le Gouvernement du Burundi a soumis au cabinet belge CIERGAM une étude de faisabilité pour la mise en place d'un régime d'assurance maladie obligatoire pour tout le secteur informel et rural dont la gestion serait confiée à un Institut National d'Assurance Maladie (INAMA).

Un comité interministériel de haut niveau sous la présidence de Madame la Ministre de la Fonction publique, du Travail et de la sécurité sociale, se penche sur les rapports de ce cabinet.

Les documents actuellement disponibles proposent pour l'essentiel le schéma ci-après.

---

26 CSLP, p.78.

1. L'obligation de tout burundais non salarié de s'affilier à un centre médico-social habilité à le soigner et à le transférer vers un Hôpital.
2. Le paiement d'une cotisation obligatoire pour tous dont le montant reste à définir avec précision, mais qui serait largement subventionnée par la coopération internationale.
3. Les soins médicaux au centre de santé seraient gratuits avec un ticket modérateur réduit (en fait remboursés directement par l'INAMA) et les soins hospitaliers seraient remboursés aux hôpitaux sur base de factures (le système du "tiers payant").
4. La création de l'INAMA (Institut national d'assurance maladie): un organisme public à gestion privée avec un bureau national, des bureaux provinciaux et des agents au niveau des centres de santé. Sa gestion serait informatisée avec des logiciels spécialisés et une assistance technique du CIERGAM pendant au moins cinq ans, etc.

Si l'INAMA représente une belle initiative du Gouvernement pour régler durablement la question de l'accès aux soins de santé de qualité, les propositions du CIERGAM posent par contre des questions essentielles:

- Les propositions de cotisation sont peu cohérentes et devront être revues. Les coûts proposés suffiraient à assurer la gratuité des soins aux populations.
- L'obligation de s'affilier à un centre de santé unique risque de créer un rejet par les populations.
- Les coûts de gestion et notamment d'assistance technique sont trop importants.
- L'INAMA concentrerait un pouvoir énorme à la fois sur la demande et l'offre de soins et affaiblirait sérieusement le Ministère de la santé publique.
- Enfin et l'INAMA n'a toujours pas expliqué comment il compte rendre ce système obligatoire.

La restitution des études réalisées par le CIERGAM a néanmoins donné l'occasion au public de porter des critiques à ce système. La Direction Générale de la Protection Sociale a informé les consultants que beaucoup de corrections sont en train d'être apportées à cette étude que le Gouvernement considère comme essentielle. La principale difficulté que présentera la mise en place de l'INAMA est le risque de mettre en place une bureaucratie lourde et chère et qui ne sera pas suffisamment mobilisatrice des gens. Le risque que de tels mécanismes ne résistent pas au retrait de l'aide est très élevé. Par contre, l'INAMA présente le grand avantage de proposer une gestion professionnelle capable d'anticiper les nombreux problèmes que connaît une assurance maladie de cette taille. Son succès repose donc entièrement sur le financement par des bailleurs de fonds internationaux.



# ④ Analyse des forces et des faiblesses des systèmes de protection sociale au Burundi

## 4.1. Le système étatique de protection sociale

### 4.1.1. Forces et faiblesses des systèmes de sécurité sociale

#### *(a) Institut National de Sécurité Sociale (INSS)*

##### **Points forts**

- La loi en vigueur prévoit des formules de calcul des prestations en pension conduisant à des taux de remplacement assez généreux pour de longues périodes de cotisation.
- La loi en vigueur prévoit des formules de calcul des prestations en risques professionnels conduisant à des taux d'indemnisation très élevés et des prestations en nature variées.
- L'introduction de l'assurance volontaire en pension permet à l'assuré qui quitte l'assurance obligatoire de continuer à financer sa future retraite.
- La loi prévoit un âge spécial d'admissibilité à la retraite pour les militaires et agents de la Police nationale, variant de 45 ans, 50 ans et 60 ans respectivement pour les agents, les sous officiers et les officiers subalternes, les officiers supérieurs et les Généraux.
- L'INSS possède déjà des ressources humaines ayant une très longue expérience et qui ont bénéficié des formations spécialisées dans des domaines variés, ce qui constitue un atout pour conduire les stratégies de réformes et de renforcement et celles d'extension des systèmes de protection sociale existants.

### Points faibles

**Le régime des pensions géré par l'INSS** a déjà atteint sa phase de maturité il y a quelques années et les cotisations n'arrivent plus à couvrir les dépenses des prestations et de la gestion administrative. Seules les années 2004 et 2005 montrent un certain équilibre consécutif aux mesures prises en 2003 de rehaussement du plafond des cotisations de 80.000 FBU à 150.000 FBU/mois et du relèvement de l'âge de la retraite de 55 à 60 ans. Au 31-12-2007, les dépenses des prestations du régime des pensions représentaient 76% des cotisations encaissées la même année, tandis que les frais de gestion administrative ont accaparé un peu plus de la moitié des cotisations.

**Pour le régime des risques professionnels**, de 2006 à 2007, la somme des prestations et des dépenses administratives a baissé en proportion par rapport aux cotisations, s'approchant du niveau d'équilibre. En faisant la somme des dépenses des deux régimes d'une part, et d'autre part la somme de leurs recettes de cotisations, on constate que les cotisations totales n'ont pas été suffisantes pour couvrir les prestations et les frais de fonctionnement administratif sur toute la période de 2003 à 2007.

**Ainsi les deux régimes gérés par l'INSS sont en déséquilibre financier depuis quelques années**, car le fonctionnement actuel est assuré grâce aux intérêts sur placement des fonds de réserves constitués antérieurement. L'évaluation actuarielle de l'INSS effectuée en date du 31-12-2006 révèle que la réserve de la branche des pensions devrait devenir négative dès le début de l'année 2015, ce qui représente un risque considérable pour les bénéficiaires actuels et futurs des prestations.

Les projections faites jusqu'en 2012, sur base des données statistiques des années 2003 à 2007 et tenant compte de la situation socio-économique actuelle, montrent que la situation financière de l'INSS s'aggrave d'année en année (voir tableau ci-après).

| Année   | 2008      | 2009      | 2010      | 2011      | 2012       |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Cotisations pension (en millier FBU)                  | 6 565 396 | 7 379 506 | 8 294 564 | 9 323 090 | 10 479 153 |
| Prestations pension (en millier FBU)                  | 5 296 653 | 6 318 907 | 7 538 456 | 8 993 378 | 10 729 100 |
| Gestion administrative pension (en millier FBU)       | 3 646 877 | 4 485 659 | 5 517 361 | 6 786 354 | 8 347 215  |
| Taux de couverture de prestations (%)                 | 81        | 86        | 91        | 96        | 102        |
| Proportion gestion administrative sur cotisations (%) | 56        | 61        | 67        | 73        | 80         |

Cette situation n'est pas de nature à beaucoup 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 militaires et les policiers qui sont systématiquement démobilisés à l'âge statutaire de 45 ans pour les hommes de troupe, les sous-officiers et les officiers subalternes et de 50 ans d'âge pour les officiers supérieurs. Cette réalité est amplifiée par le fait que le secteur formel n'a cessé de régresser au fil du temps, depuis l'éclatement de la guerre civile d'octobre en 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 tout en maintenant son équilibre financier sur le long terme.

Les autres faiblesses constatées au niveau de la gestion des deux régimes sont les suivantes:

- ○ Le cadre législatif et réglementaire régissant le régime en vigueur a besoin d'être actualisé pour s'adapter 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 de 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.
- ○ Un système d'archivage électronique s'avère indispensable pour conserver tous les droits des assurés<sup>27</sup> et aussi pour raccourcir le traitement des dossiers des prestations.
- ○ Le niveau des prestations servies par le régime des pensions est trop bas. Les représentants des retraités ne comprennent pas du tout pourquoi leurs prestations restent stationnaires, alors que le coût de la vie ne cesse d'augmenter et la monnaie burundaise perd régulièrement de valeur. En vue de faire entendre leur voix, ils réitèrent la réclamation d'avoir un représentant au Conseil d'Administration de l'INSS.

---

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

- ○ 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 réclament qu'on se conforme aux dispositions du Code de la sécurité sociale.
- ○ L'INSS détient une créance de plus de 5 milliards de FBU sur l'État sous forme des avances lui accordées dans le cadre du paiement des risques professionnels liés aux faits de guerre et aussi sur les arriérés des cotisations en pensions.
- ○ Les représentants des employeurs réclament depuis longtemps l'application d'un taux de cotisation différentiel pour la branche des risques professionnels en fonction du degré de risques encourus par les différentes entreprises affiliées à l'INSS.

A partir de ces critiques, les partenaires employeurs et travailleurs affirment qu'il y a une impérieuse nécessité d'améliorer la gouvernance financière et administrative du régime de sécurité sociale géré par l'INSS.

### **(b) La Mutuelle de la Fonction Publique (MFP)**

#### **Points forts**

La MFP a une grande marge de manœuvre pour améliorer les prestations servies. En 2007, par exemple, les dépenses des prestations ne représentent que 48 pour cent des cotisations. Cette situation est très favorable pour améliorer l'image de marque de la MFP et serait de nature à encourager les autres travailleurs non encore assujettis (les travailleurs du secteur privé structuré, les indépendants, ceux des professions libérales et les associations du secteur informel) à adhérer au régime d'assurance maladie géré par cette institution publique. La Direction de la MFP envisage de réaliser les perspectives suivantes:

- ○ étendre la collaboration aux formations sanitaires privées, qui jusqu'à présent est réservée aux hôpitaux et centres de santé publics ;
- ○ renforcer le réseau de pharmacies de la MFP par l'implantation de pharmacies tout près des hôpitaux de provinces et de district ;
- ○ renforcer le partenariat avec les centres de santé ;

- ○ diminuer la fraude notamment par l'informatisation de tous les services de la MFP ;
- ○ organiser une formation continue en techniques d'accueil pour le personnel appelé à recevoir le public.

### **Points faibles**

- ○ Les affiliés de la MFP qui résident dans les communes éloignées des centres provinciaux éprouvent des difficultés à bénéficier des services de la MFP. Ils doivent parcourir de très longues distances pour se faire soigner dans les hôpitaux de district ou de province qui disposent des médecins, seuls habilités à faire des prescriptions sur les bons de fournitures pharmaceutiques de la MFP.
- ○ 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 à 100% 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) pour ce qui est de la représentation paritaire dans le Conseil d'Administration de cette Institution.
- ○ La MFP détient une créance de plus de 4 milliards de FBU sur l'État sous forme des cotisations non encore payées par les communes, le Ministère de la Défense Nationale 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 indemnités devraient faire partie de l'assiette.

Une autre faiblesse de ce régime d'assurance maladie géré par la MFP est qu'il couvre une population légèrement inférieure à 10%. Le taux de couverture tend à diminuer d'année en année car les emplois dans le secteur public et parapublic sont en baisse alors que ceux du secteur informel se développent. La MFP a donc intérêt à améliorer le système existant pour le rendre encore plus attrayant et songer rapidement à s'étendre vers d'autres secteurs en vue de son développement futur.

#### 4.1.2. Forces et faiblesses du système d'assistance sociale

Dans le cadre du système d'assistance sociale en vigueur au Burundi, la présente étude se limitera à dégager les principaux défis des groupes vulnérables en matière de protection sociale.

Les différentes catégories de groupes vulnérables font face à des défis spécifiques ci-après.

##### ***Les orphelins et autres enfants vulnérables***

Les principaux défis sont les suivants:

- ○ Accroissement de l'accès aux soins de santé, en particulier la lutte contre le VIH/SIDA et son impact négatif majeur sur les orphelins du SIDA, de la prise en charge nutritionnelle et psychosociale dans un contexte de pauvreté généralisée des ménages et d'insuffisance de moyens humains, matériels et financiers.
- ○ Appui à la scolarisation des OEV et contribution à la réduction de l'abandon scolaire pour une catégorie d'enfants sujette à plusieurs formes de sollicitations (la rue, la drogue, la mendicité, le banditisme, la guerre) et de besoins multiformes (abri, alimentation, habillement,...).
- ○ Accès à l'emploi après les études ainsi que la réinsertion sociale et professionnelle.
- ○ Encadrement, orientation et réinsertion sociale des enfants ayant dépassé l'âge scolaire par la formation professionnelle en des métiers de leur choix.
- ○ Mobilisation des ressources financières et allocation par le gouvernement d'un budget à la hauteur des besoins des OEV en mettant un accent particulier sur les catégories d'enfants chefs de ménages et rompre avec la tradition des dépenses globales de moins de 1% en faveur des secteurs qui s'occupent exclusivement de ce groupe.
- ○ Mobilisation à la solidarité communautaire qui a toujours caractérisé la culture burundaise en ce qui concerne la protection spéciale et la prise en charge des enfants vulnérables en général et des orphelins en particulier.
- ○ La situation des droits des OEV qui reste un domaine mal exploré et insuffisamment documenté. Les données sont disponibles épisodiquement et pas publiés pour être une référence nationale et commune.
- ○ Le décès des parents qui, dans la plupart des cas, occasionne une vulnérabilité matérielle eu égard à la pension d'orphelin servie dans le cadre de la sécurité

- sociale, qui représente un montant moyen mensuel de 2.886 FBW.
- Renforcement de la coordination et harmonisation des interventions menées par les différents partenaires impliqués dans l'assistance aux OEV, domaines où les données ne sont pas à jour.

### ***Les personnes âgées***

D'après les consultations menées sur terrain auprès des personnes âgées du monde rural et des centres urbains pauvres, le constat est que ces dernières connaissent beaucoup de moments d'isolement parce que n'ayant personne pour s'occuper d'eux pendant que les membres de leur famille vaquent à leurs occupations durant la journée.

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

Les pensionnés du secteur structuré, sans éprouver exactement la même situation de vulnérabilité, perçoivent des pensions de faible niveau, avec un pouvoir d'achat faible; à part que ceux –ci bénéficient de l'assurance maladie auprès de la MFP. Un problème et non des moindres est que malgré le problème de pauvreté généralisée, la grande majorité de la population vit au jour le jour. Cet état de fait s'observe dans plusieurs situations de comportement social avec la « surconsommation » des produits de l'agriculture en période de récoltes et les famines qui succèdent aux bonnes saisons agricoles.

La jeunesse actuelle doit en conséquence être mobilisée très tôt à penser à l'avenir en faisant petit à petit des épargnes sur leur production, quelle que soit la quantité conservée en vue d'assurer leur période de vieillesse, leur 3<sup>ème</sup> âge. Signalons que l'initiative gouvernementale du village des personnes âgées de Mubone pour l'appui à des personnes âgées sans abri et sans appui devrait plutôt être relancé et redynamisée par les services de la Direction Générale de la Solidarité Nationale. La prise en charge communautaire au système de solidarité traditionnelle a peut-être subi les effets pervers de la crise, il est important de le redynamiser par la mobilisation de la solidarité communautaire.

### ***Les personnes handicapées***

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

- ○ Manque de ressources financières suffisantes pour venir en aide à ce groupe;
- ○ Pénurie de moyens humains techniquement compétents et des infrastructures adaptées aux diverses sortes d'handicaps;
- ○ Le constat qui se dégage est que la prise en charge des personnes handicapées au niveau de différentes initiatives nationales concerne une faible partie de ce groupe vulnérable. Ce sont les handicapés physiques et moteurs qui font objet d'intérêt plus important des intervenants.

Des activités de sensibilisation sur le traitement à réserver aux personnes handicapées en général et aux enfants handicapés en particulier devraient être initiées par le Gouvernement.

### ***Les personnes indigentes***

Un défi majeur, pour cette catégorie, est qu'il n'existe pas de données chiffrées fiables. Les critères qualitatifs de définition de ce groupe vulnérable ne sont pas déterminés et mis à la portée de tous les intervenants.

De l'avis du Ministère de l'intérieur, la prise en charge des indigents devrait être assurée par les communes. Cependant, leur nombre augmente chaque année alors que les ressources communales ne suivent pas le rythme, ce qui est un grand défi à lever. La majorité de la population burundaise vit de l'agriculture; la plupart des indigents sont ceux qui n'ont pas de terre. L'autre défi est donc l'accès à la terre.

Le problème d'encadrement, l'analphabétisme de la plupart des vulnérables qui sont incapables d'initier à eux seuls des projets peuvent aussi être à l'origine ou perpétuer l'indigence. Des plaintes sont toujours enregistrées au sujet de la reconnaissance des personnes indigentes comme tel et de l'octroi des attestations d'indigence.

Pour une meilleure prise en charge des catégories vulnérables, il serait nécessaire de mettre en place une collaboration interministérielle très étroite entre le Ministère de l'Intérieur, celui de la Santé, celui de l'Education et celui de la Solidarité Nationale. Il y a lieu de dire que la meilleure assistance aux indigents sera faite lorsque les pouvoirs publics parviendront à occuper tous ceux qui ont encore la force de travailler.



## 4.2. Le système de sante

### Points forts

#### *Au niveau de la situation épidémiologique*

##### **Lutte contre le Paludisme**

La réponse nationale pour la lutte contre le paludisme a été à la mesure de l'ampleur de la maladie. En effet, le **Plan National de Développement Sanitaire 2006-2010** accorde une place de choix à la lutte contre le paludisme à travers notamment l'objectif 1 (réduire le ratio de mortalité maternelle et la mortalité néonatale) dont un des axes stratégiques est la prévention du paludisme chez la femme enceinte. De plus, un des objectifs spécifiques de l'objectif 3 du Plan National de Développement Sanitaire (lutter contre les maladies transmissibles et non transmissibles) vise à réduire de 25% le taux d'incidence du paludisme d'ici 2010.

##### **Lutte contre le VIH/SIDA**

Face à la pandémie du VIH/SIDA, la réponse du Gouvernement a été l'adoption et la mise en œuvre de stratégies efficaces de lutte contre le VIH/SIDA. C'est ainsi qu'un plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2007-2011 a été élaboré avec 4 principaux axes stratégiques:

- Réduire la transmission du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles;
- Améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA;
- Réduire la pauvreté et d'autres facteurs de vulnérabilité face au VIH/SIDA; et
- Améliorer la gestion et la coordination de la réponse nationale au VIH/SIDA.

D'autres plans nationaux et sectoriels comme le Cadre stratégique de relance économique et de lutte contre la pauvreté (CSLP complet), le Plan National de Développement Sanitaire 2006-2010 et le Plan National de Santé de la Reproduction intègrent une dimension de lutte contre le VIH/SIDA. Il existe également au niveau national une politique nationale du préservatif et une politique nationale en faveur des orphelins et enfants vulnérables.

En effet, le taux global de séroprévalence du VIH/SIDA au Burundi est de 2,97% de la population, d'après les données de l'enquête de séroprévalence de 2008. En comparant ce taux à celui de l'enquête nationale de séroprévalence réalisée en 2002, on note une tendance à la baisse: en 2002, le taux de séroprévalence au sein de la population

burundaise était de 3,2%. Le taux de séroprévalence du VIH/SIDA au Burundi est comparable à celui du Rwanda (3,1%) et de la RDC (3,2%). Certains pays voisins comme le Kenya, la Tanzanie et l'Ouganda ont des taux de séroprévalence estimés à 6%, selon des données de l'UNICEF.

### **Le taux de couverture vaccinale**

Le taux d'enfants complètement vaccinés contre la rougeole au Burundi est estimé à 88%. Ce taux est plus élevé que celui de certains pays de l'Afrique subsaharienne comme la RDC, le Kenya, l'Ethiopie et la Somalie, dont les taux sont respectivement à 73%, 77%, 63% et 35%.

### **Le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié**

Ce taux s'élève actuellement à 68%, selon une enquête ménages menée dans six provinces du pays en 2008. Ce taux est supérieur à celui de certains pays de l'Afrique subsaharienne, et a été obtenu grâce notamment à la mesure de gratuité des soins pour les accouchements instaurée depuis 2006. Pour citer quelques exemples, ce taux est, respectivement pour la RDC, le Rwanda, le Kenya, et la Tanzanie, égal à 61%, 39%, 42% et 43%, d'après des données de l'UNICEF, pour l'année 2006.

### **Points faibles**

#### *Au niveau de la situation épidémiologique*

#### **Morbidité et mortalité spécifiques à certaines pathologies**

Le **paludisme** est responsable de 54,23% des cas de décès chez les enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux et de 60,45% des motifs de consultation enregistrés dans les centres de santé en 2005. Il est, à la fois, la première cause de mortalité et de morbidité au Burundi et occasionne d'importantes pertes directes liées aux coûts importants de la prise en charge des malades, mais aussi des coûts indirects liés à l'absentéisme des adultes actifs (données du Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2008-2012).

La mortalité infantile liée au paludisme est de 73 pour 100.000 naissances vivantes en 2006. Le taux de couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticides est de 28% pour les femmes enceintes et de 26,6% pour les enfants de moins de 5 ans.

Les **maladies liées à l'environnement comme les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires** figurent parmi les principales causes de morbidité au Burundi. Cette situation est due au fait que les niveaux d'hygiène et d'assainissement laissent à désirer. En

effet, le taux de desserte en eau potable au niveau national reste faible (42% en milieu rural et 72% en milieu urbain). Un certain nombre de structures dont les écoles et internats, les centres de santé et les centres pénitenciers sont sans eau courante (données du Plan National de Développement Sanitaire 2006-2010). En milieu rural, 89% des ménages utilisent des latrines qui sont en grande majorité de type traditionnel, et dont 22% remplissent les conditions d'hygiène. En milieu urbain, 72% des ménages ont recours à des systèmes hygiéniques d'évacuation des eaux usées notamment des latrines familiales améliorées ou des fosses septiques.

### **Taux de mortalité et principaux indicateurs de santé**

Le profil épidémiologique du Burundi présente un tableau relativement sombre au vu des chiffres de mortalité. En effet, le ratio de **mortalité maternelle** reste très élevé à 615 pour 100.000 naissances vivantes tandis que le taux de mortalité néonatale est à 42 pour 1.000 naissances vivantes (données du Plan stratégique d'investissement pour atteindre les OMD). Le ratio de mortalité maternelle a connu une baisse passant de 850 pour 100.000 naissances vivantes en 2002 à 615 pour 100.000 naissances vivantes selon l'enquête MICS de 2005. Toutefois, ce taux reste encore très élevé et reflète un mauvais état de santé de la femme et une faible performance du système de santé.

Le taux de **mortalité infantile** est estimé à 120 pour 1.000 naissances vivantes tandis que le taux de mortalité juvénile (moins de 5 ans) est à 176 pour 1.000 naissances vivantes. Entre 2000 et 2005, le pays a enregistré une baisse du taux de mortalité des moins de un an allant de 156 à 120 pour 1.000 naissances vivantes, et de 233 à 176 pour 1.000 naissances vivantes pour celui des enfants de moins de 5 ans. Cependant, ces taux de mortalité (maternelle, néonatale, infantile et juvénile) restent très élevés et laissent présager que le Burundi ne pourra pas atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la santé d'ici 2015.

Le **taux de couverture contraceptive** est estimé à 8% au Burundi tout comme au Rwanda voisin. Cependant, certains Pays de la sous région ont un taux de couverture contraceptive plus élevé que celui du Burundi: Kenya (31,5%), Tanzanie (20%), Ouganda (17,5%), Ethiopie (13,9%).

Le Burundi connaît épisodiquement des périodes de famine liées aux perturbations climatiques, faisant de la **malnutrition** un véritable problème de santé publique.



#### *Au niveau du financement du secteur de la santé*

Les dépenses de santé au Burundi demeurent faibles, se situant autour de 14,5 US\$ par habitant par an pour l'année 2006. Cette estimation représente moins de la moitié de la moyenne des dépenses de santé par habitant pour l'Afrique subsaharienne et est inférieure aux dépenses de santé dans d'autres pays.

#### *Au niveau des ressources humaines*

Selon une analyse de la situation des ressources humaines menée en 2008, le pays ne comptait, à la fin 2006, que 221 médecins, toutes catégories confondues, et 1.348 infirmiers, soit un ratio national de 1 médecin pour 20.991 habitants et un infirmier pour 3427 habitants. Ces chiffres sont éloignés des normes de l'OMS (1médecin/10.000 habitants et 1 infirmier/3.000 habitants). Le pays compte 1 Pharmacien pour environ 105.882 habitants (la norme OMS est de 1/15.000H) et 1 dentiste pour plus de 514.286 habitants. Le problème est exacerbé par un important déséquilibre régional car 80% des médecins et 50% des infirmiers prestent à Bujumbura, la capitale.

Le personnel de santé est démotivé et instable avec une fuite importante de cerveaux au cours des 10 dernières années. On estime que près de 200 médecins spécialistes burundais prestent à l'extérieur du Pays. Les compétences chirurgicales sont quasi inexistantes dans presque la totalité des hôpitaux de première référence à l'intérieur du pays.

La majorité des Centres de Santé sont tenus par du personnel de niveau de formation très bas, les auxiliaires de santé, qui sont responsables des centres de santé et ont une formation de deux ans après le cycle inférieur des humanités. Leur formation de base les destinait à servir d'auxiliaires de soins dans les hôpitaux et ils n'ont pas été formés à la démarche de diagnostic clinique et de traitement.

#### *Au niveau des médicaments*

L'approvisionnement en médicaments pour le secteur public ou agréé est assuré essentiellement par la Centrale d'achat des médicaments essentiels (CAMEBU) qui reçoit une dotation de l'État pour assurer l'approvisionnement des Bureaux Provinciaux de santé, hôpitaux et centres de santé. En plus il existe d'autres sources d'approvisionnement en médicaments dans les unités de santé, notamment à travers des ONG, des pharmacies privées, des organisations religieuses, etc.

Au delà des structures formelles du système d'approvisionnement, il existe un circuit parallèle d'approvisionnement et de vente illicite de médicaments. Le système est également caractérisé par une prescription irrationnelle des médicaments essentiels au niveau des structures sanitaires périphériques, une automédication relativement importante, qui sont parmi les problèmes majeurs auxquels il est urgent d'apporter des solutions.

L'approvisionnement en médicaments au niveau intermédiaire et périphérique connaît de nombreuses difficultés. Au niveau des centres de santé, la quantité des médicaments fournis ne correspond pas toujours aux besoins réels des utilisateurs. Cela entraîne de fréquentes ruptures de stock et diminue ainsi la fréquentation des structures de santé. Il y a aussi un problème d'insuffisance du travail de contrôle, d'aide à la gestion et à la promotion de l'usage rationnel des médicaments essentiels.

#### *Au niveau des infrastructures et équipements sanitaires*

Le Burundi dispose de 47 hôpitaux fonctionnels, soit 1 hôpital pour 164.906 habitants (norme de l'OMS: 1 hôpital pour 100.000 habitants) et d'environ 610 centres de santé, soit 1 centre de santé pour 12.705 habitants (norme de l'OMS: 1 centre de santé pour 10.000 habitants). La norme de l'OMS est ici presque atteinte mais ce chiffre cache d'importantes disparités régionales. En effet, théoriquement, vu le nombre de structures de soins au Burundi, 80% de la population burundaise a accès à une formation sanitaire à moins de 5 km. Cependant, il existe une grande disparité dans la répartition entre les provinces, entre la zone urbaine et rurale et même à l'intérieur des provinces.

Les infrastructures de santé restent sous équipés, ce qui ne leur permet pas de bien assurer la prestation du paquet minimum d'activités pour le Centre de Santé et du paquet complémentaire d'activités pour les hôpitaux.

### 4.3. Le système communautaire de protection sociale : les mutuelles de santé

#### **Forces des mutuelle de santé**

Les principales forces des mutuelles de santé un peu partout en Afrique sont bien connues et le Burundi ne fait pas exception. Au Burundi, nous pouvons citer principalement: l'engagement militant des populations, l'amélioration considérable de l'accessibilité financière aux soins de santé, la sélection adverse bien maîtrisée, le développement de services complémentaires, la satisfaction des bénéficiaires.

#### ***L'engagement militant et des frais de fonctionnement très faibles***

Les sections mutualistes/mutuelles sont portées par un engagement exceptionnel des populations. Les responsables élus des sections/mutuelles prestent bénévolement et chaque membre est invité à enrôler au moins un autre, ce qui explique les augmentations. Les mutualistes croient fermement dans leur mutuelle et la défendent.

Les coûts administratifs des mutuelles au Burundi sont très faibles; ce qui permet d'atteindre rapidement la viabilité. Les populations apprécient d'ailleurs fortement les mutuelles de santé. Les points les plus importants de satisfaction sont:

1. La confiance en soi des assurés. Les populations ont affirmé qu'avec leurs cartes mutualistes, elles se sentent plus en sécurité. En effet, l'avènement d'une maladie pouvait entraîner la paupérisation irréversible de la famille qui devait vendre sa production sur pieds (bananiers et caféiers surtout) ou encore plus gravement la terre qui représente le seul outil de production de la population.
2. L'amélioration de l'état sanitaire des populations. Plusieurs personnes et en particulier des femmes nous ont témoigné qu'avant leur adhésion à la mutuelle, elles étaient malades à répétition parce qu'elles prenaient des cures incomplètes par manque de moyens ou recouraient à des médicaments de rue. La mutuelle leur a permis dis-ent-elles "d'arracher" les racines du mal (kurandura umuzi w'ingwara yabo) en se faisant soigner dans un centre de soins moderne et en y recevant une dose complète.

3. Les formations sanitaires directement conventionnées avec les mutuelles ont vu leur fréquentation augmenter fortement. La situation était particulièrement impressionnante à Nyabiraba et Ntita pour les MSAG.
4. Les mutuelles ont participé au renforcement de la cohésion sociale. Dans les zones fortement mutualisées, les répercussions de la crise auraient été plus modérées.

#### ***L'amélioration considérable de l'accessibilité financière aux soins de santé***

Toute assurance maladie a pour objectif d'améliorer l'accès des populations aux soins de santé en levant la barrière financière. Ici plus qu'ailleurs, les résultats sont impressionnants. Alors que les taux de fréquentation des formations sanitaires varient entre 20 et 75% en milieu rural avec une moyenne globale de 53%, les mutuelles les ont beaucoup améliorés. La mutuelle répond donc à un besoin fondamental des populations, à savoir l'inaccessibilité financière que les systèmes de subvention n'arrivent pas à lever.

#### ***La sélection adverse bien maîtrisée***

Le paiement des cotisations par ménage pratiqué par les deux systèmes actuels réduit considérablement le risque de sélection adverse, sauf celui inévitable de départ.

#### ***Le développement de services complémentaires***

Pour améliorer la capacité contributive des mutualistes, des services complémentaires dont la pertinence n'est pas à démontrer, ont été mis en place. Il s'agit surtout du micro crédit et de l'élevage des chèvres ou le développement d'autres filières agricoles.

Avec les crédits, les populations peuvent ainsi réaliser des activités génératrices de revenus qui leur permettent d'améliorer leur capacité contributive. Les chèvres, quant à elles, données au sein d'une chaîne de solidarité (MSAG) ou en crédit (MUSCABU), permettent essentiellement de restaurer la fertilité des terres grâce au fumier qu'elles procurent.

Une cotisation variable de 250 à 500 Fbu par membre pour constituer une caisse dite de solidarité est également organisée et permet de donner du crédit aux membres en retard de renouvellement des cotisations.

## Les limites des mutuelles

En général, on reproche aux mutuelles d'avoir un faible taux de pénétration des populations à cause d'une faible taille, d'une gestion peu professionnelle et d'une faible maîtrise des risques liés à l'assurance. Au Burundi, les éléments les plus déterminants sont:

1. un environnement peu favorable à la capacité contributive
2. la surconsommation
3. les relations avec les prestataires de soins et une possible influence sur les prescriptions.

### *Un environnement peu favorable à la capacité contributive*

Le retour de la paix représente pour les populations un soulagement important, néanmoins, la densité de la population du Kirimiro ne cesse d'augmenter avec en corollaire l'émiettement des terres, la dégradation de la fertilité, etc. La pauvreté de la population ne cesse d'augmenter, ce qui met en mal une cotisation régulière dans une mutuelle de santé. Dans ces conditions certaines formations sanitaires pratiquent des subventions directes ou cachées aux soins de santé qui nuisent au développement des mutuelles de santé.

Le café, principale source de revenus des populations, connaît depuis une dizaine d'années une grave cyclicité. Alors que la campagne 2007-2008 a produit près de 30.000 tonnes de café marchand, celle de 2008-2009 n'aura produit que 6.500 tonnes. Les paysans ont éprouvé beaucoup de difficultés à renouveler leurs cotisations.

Le niveau d'instruction relativement bas des populations est un autre facteur important qui freine l'adhésion aux mutuelles de santé.

Ce sont ces situations qui expliquent des taux d'adhésion relativement modérés, même s'ils s'améliorent considérablement avec le retour de la paix.

### *La surconsommation*

Les deux systèmes mutualistes sont confrontés à quelques problèmes de surconsommation. En effet, la tentation est grande pour les populations appauvries, soit de procéder à des substitutions de bénéficiaires, soit de chercher à obtenir des médicaments pour faire soigner des voisins ou des amis. Néanmoins les deux systèmes ont mis en place des mécanismes pour limiter sérieusement ces fraudes (photos, liste de bénéficiaires etc...)





*Accueil personnalisé des mutualistes à Mugeru*

### ***Les relations avec les prestataires de soins***

Il est vraiment difficile de comprendre pourquoi des formations sanitaires d'un même réseau aient des coûts moyens qui varient du simple au triple. L'équilibre financier des mutuelles ne pourra pas être atteint si des conventions ne précisent pas un minimum de règles que doivent respecter les formations sanitaires conventionnées. Faute de parler de sur-prescription, les mutuelles doivent réfléchir sérieusement aux conventions qui les relient aux formations sanitaires.

Dans le secteur public, les ruptures intempestives des stocks de médicaments qui obligent les mutualistes à recourir aux pharmacies privées en payant l'entièreté des factures découragent considérablement l'adhésion aux mutuelles de santé.

Les mutualistes des deux réseaux demandent avec insistance de diversifier l'offre de soins.

## Opportunités et menaces du système mutualiste burundais

### Les opportunités

- La volonté politique existe déjà. Le Ministère de la Santé a mis en place un point focal des mutuelles de santé et une Direction Générale de la Protection Sociale a été mise en place au niveau du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale. Un Plan stratégique de protection sociale a été élaboré par le BIT et devrait être validée d'ici peu. Un cadre législatif et réglementaire des mutuelles de santé est en cours de préparation.
- Une disponibilité de la population à s'engager dans la mise en place des mutuelles de santé communautaires tel que les consultants l'ont constaté lors des descentes sur terrain auprès des associations socioprofessionnelles du secteur informel à Rumonge, Nyanza-Lac, Makamba, Rutana, Gitega, Muyinga, Kirundo et Ngozi.



*Réunion tenue par l'équipe des consultants avec les représentants des associations de l'informel de la Province de Makamba, janvier 2010*

- ○ Il existe aussi un engagement des bailleurs de fonds dans le développement de systèmes plus durables de financement de la santé avec le passage du pays de la phase de l'humanitaire vers celle du développement.
- ○ Un cadre national de concertation des mutuelles de santé vient d'être initié par les principaux protagonistes des mutuelles de santé.
- ○ De nouveaux acteurs sont intéressés par ce créneau et l'on devrait assister à une certaine amélioration de l'appui aux mutuelles.

### **Menaces**

Quelques menaces pèsent aussi sur le développement des mutuelles dans notre pays notamment:

- ○ La pauvreté de la population: les dernières enquêtes faites par l'ISTEEBU indiquent que le taux de pauvreté est de 69,7% en milieu rural et 65,8% en milieu urbain, une donnée qui va freiner considérablement le développement des mutuelles de santé.
- ○ Les politiques nationales incohérentes: tout le monde reconnaît qu'il existe une véritable incohérence en matière de politique de soutien à la demande de soins. La CAM continue à être soutenue ici et là. Des politiques de gratuité ne cessent de se multiplier de la part de l'État et des coopérations au développement. Sans une harmonisation claire, le développement des mutuelles de santé sera difficile.
- ○ Il existe un réel problème de manque de collaboration (due à la concurrence) entre les mutuelles de santé qui naissent, un phénomène qui pourrait gravement compromettre leur essor.

## **4.4. Les sociétés d'assurance privées**

### **Points forts**

L'intervention des sociétés d'assurance privées dans la gestion des systèmes de protection sociale est considérée comme positive dans le sens où certaines catégories de population n'ont pas de couverture formelle en matière d'assurance pension et d'assurance maladie. Dans ces sociétés, il existe des formules d'assurance pension et maladie taillées sur mesure selon la capacité financière de chaque souscripteur d'assurance.

### **Points faibles**

Malgré l'existence de la loi n° 1/010 du 16-06-1999 portant Code de la sécurité sociale et de la loi n°1/012 du 29 novembre 2002 portant réglementation de l'exercice de l'activité d'assurances, on remarque l'absence des dispositions législatives spécifiques à l'organisation et à la gestion des produits de type protection sociale.

Le Gouvernement du Burundi, en tant que garant de la sécurité et du bien-être général des populations, pourrait épauler le secteur des assurances privées par la mise en place des dispositifs suivants:

- ○ réviser la loi n°1/012 du 29 novembre 2002 portant réglementation de l'exercice de l'activité d'assurances, qui régit actuellement le secteur des assurances privées intervenant dans la gestion des produits de sécurité sociale;
- ○ clarifier les rôles respectives de l'Agence de Régulation et de Contrôle des Assurances placées sous la tutelle du Ministère des Finances et de la Direction Générale de la protection sociale placée sous la tutelle du Ministère ayant la sécurité sociale dans ses attributions ;
- ○ rendre réellement opérationnels ces deux organes de régulation et de contrôle des assurances commerciales et sociales avec pouvoir de décision en dernier ressort (régulation des tarifs, normes prudentielles de gestion financière, compensation financière des risques de tiers responsable et vulgarisation des types de contrats proposés, etc.);
- ○ concession d'avantages fiscaux notamment par une défiscalisation du chiffre d'affaires déclarés au fisc pour les travailleurs du secteur informel, à l'instar des mesures incitatives en vigueur de défiscalisation des primes payées en pension et en maladie.

Le tableau qui suit visualise synthétiquement les forces et les faiblesses de chaque système.

| Organisme                        | Points forts  | Points faibles  |
|----------------------------------|---|---|
| INSS                             | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Formules de calcul assez généreuses pour de longues carrières de cotisation en pension</li> <li><input type="checkbox"/> Formules de calcul généreuses en cas d'indemnisation dans la Branche des risques professionnels</li> <li><input type="checkbox"/> Existence de l'assurance volontaire dans la branche des pensions</li> <li><input type="checkbox"/> Age spécifique de départ à la retraite favorable pour les militaires</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Risque de rupture de l'équilibre financier de la branche des pensions à l'horizon 2015 si des mesures de redressement ne sont pas prises à temps</li> <li><input type="checkbox"/> Besoin d'actualisation du cadre législatif et réglementaire</li> <li><input type="checkbox"/> Algèbre des formules généreuses de calcul des pensions, le résultat donne des pensions jugées faibles par rapport au coût de la vie</li> <li><input type="checkbox"/> Gouvernance financière et administrative à améliorer</li> <li><input type="checkbox"/> Persistance de lourdeur administrative dans le traitement des demandes de pensions</li> </ul> |
| MFP                              | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bonne santé financière de l'établissement</li> <li><input type="checkbox"/> Volonté de s'étendre aux autres secteurs dépourvus favorables de système d'assurance médicale</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Difficultés des affiliés éloignés des grandes villes à se faire soigner et à bénéficier des services de la MFP</li> <li><input type="checkbox"/> Manque de collaboration de la MFP avec les structures sanitaires privées</li> <li><input type="checkbox"/> Faible taux de couverture de la population burundaise</li> <li><input type="checkbox"/> Fraude sur les services de la mutuelle jugée importante</li> </ul>  |
| Assistance sociale               | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Identification des différents groupes des vulnérables déjà faite (personnes handicapées, personnes âgées, veuves et orphelins)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Manque de coordination des différents intervenants en faveur de ces groupes de vulnérable problème d'accès facile à l'emploi de ces vulnérables</li> <li><input type="checkbox"/> Perte sensible de la solidarité familiale en faveur des personnes âgées</li> </ul>  |
| Système de santé                 | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Existence de plan national de développement sanitaire</li> <li><input type="checkbox"/> Existence de programme spécifique de lutte contre les principaux fléaux tels que le paludisme, le VIH/SIDA</li> <li><input type="checkbox"/> Taux de couverture vaccinale élevés</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Persistance de taux élevés de morbidité et de mortalité spécifiques à certaines pathologies (paludisme, maladies diarrhéiques et infections respiratoires, etc. ....)</li> <li><input type="checkbox"/> Persistance de pénurie de ressources financières suffisantes pour financer tous les programmes de santé publique</li> <li><input type="checkbox"/> Persistance de pénurie en ressources humaines, en infrastructures et équipements sanitaires..</li> </ul>   |
| Mutuelle de santé communautaires | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Volonté des pouvoirs publics de chercher des solutions aux problèmes de santé de la population</li> <li><input type="checkbox"/> Engagement militant des populations</li> <li><input type="checkbox"/> Engagement des bailleurs de fonds dans ce secteur</li> <li><input type="checkbox"/> Amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé</li> <li><input type="checkbox"/> Sélection adverse bien maîtrisée</li> </ul>        | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Faible taux de pénétration</li> <li><input type="checkbox"/> Pauvreté des populations cibles</li> <li><input type="checkbox"/> Une certaine incohérence des politiques nationales en matière de santé</li> </ul>  |
| Sociétés d'assurance privées     | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Existence de formules d'assurance taillées sur mesure selon la capacité financière du souscripteur d'assurance</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Absence de dispositions législatives spécifiques à l'organisation et à la gestion des produits de type protection sociale</li> <li><input type="checkbox"/> Manque d'intervention remarquable de l'Agence de Régulation et de Contrôle des Assurances</li> <li><input type="checkbox"/> Manque d'avantages fiscaux pour encourager ces produits</li> </ul>  |

# ⑤ Stratégies proposées pour l'institutionnalisation des mutuelles de santé communautaires au Burundi

## 5.1. Objectifs et contraintes de l'institutionnalisation

Malgré le faible développement des mutuelles de santé au Burundi, la question de leur institutionnalisation se pose avec acuité. En effet, le Gouvernement du Burundi, particulièrement le Chef de l'État est demandeur d'une politique nationale qui puisse permettre à chaque burundais de se soigner à des coûts modestes et de manière durable.

Nous examinerons dans les lignes qui suivent les forces et les faiblesses des pistes qui se dessinent avant de faire des propositions pour une politique durable et cohérente de développement des mutuelles de santé au Burundi.

Les défenseurs des mutuelles de santé pensent qu'elles constituent la seule alternative durable pour assurer la couverture maladie à l'ensemble de la population burundaise. Néanmoins, pour qu'elles puissent le faire, il faudrait trouver des solutions à de nombreux problèmes qu'elles posent notamment:

1. Le taux de pénétration des mutuelles de santé reste faible, non seulement à cause de la pauvreté des gens, mais aussi à cause de leur caractère volontaire. Une frange importante de la population ne veut pas mettre des moyens si modestes soient-ils à la prévoyance et préfèrent gérer leur santé hasardeusement.
2. La gestion d'une assurance maladie universelle passe par un haut niveau de professionnalisme que les mutuelles devraient acquérir au préalable.
3. Il faudrait comme le constatait le Gouvernement Rwandais un temps très long pour que les mutuelles puissent couvrir tout le monde.

4. En tant qu'institutions autonomes, les mutuelles font face à des problèmes non négligeables de sur-prescription et de surconsommation par certaines formations sanitaires peu scrupuleuses.

Néanmoins, la stratégie mutuelle de santé présente le très grand avantage de pouvoir développer des produits appropriés par les populations et donc de recevoir son appui. Les mutuelles de santé jouent aussi un rôle important dans la cohésion sociale et constituent des cadres pour l'épanouissement et le développement des populations. Les coûts de gestion de tels systèmes sont plus faibles et donc à terme plus durables que des systèmes centralisés et professionnels auxquels ne s'identifie personne.

## 5.2. Les modèles adoptés par d'autres pays africains : quelle inspiration pour le Burundi

D'autres pays d'Afrique sont en cours d'institutionnaliser les mutuelles de santé et de les utiliser pour assurer une couverture maladie universelle à leur population. Nous les parcourons de manière très sommaire pour voir dans quelle mesure, ils peuvent inspirer le Burundi.

**Le système Rwandais** a été décrit en détail plus haut. Il s'agit des mutuelles de districts encrés dans les centres de santé animés par les populations, fortement soutenus par les pouvoirs publics mais dont l'adhésion est obligatoire. Les résultats obtenus par ce modèle sont impressionnants, mais il n'est pas certain que ce modèle soit si facile à transposer dans la mesure où il repose sur un engagement fort du Gouvernement, une bonne politique de décentralisation, l'existence des structures de santé dans tous les districts devenus vraiment fonctionnels, le fait que les mutuelles de santé font parties des indicateurs de performance que signent les maires des districts ainsi que la solidarité des organismes d'assurance maladie du secteur structuré œuvrant dans le pays.

**Au Burundi**, les communes ne sont pas en mesure de participer aux cotisations de leurs membres, la mise en place des districts sanitaires n'est pas achevée et le Gouvernement aurait plus de difficultés à imposer un système aussi complexe à la population. Il est aussi important de noter que le système Rwandais a été testé sur sept à huit ans avant d'être généralisé.

**Le Ghana**, lui aussi après une dizaine d'années d'expérimentation des mutuelles de santé communautaires est passé à échelle en mettant en place un système national qui couvre plus de 51% de la population. Les mutuelles ici au niveau des districts sont dotés des systèmes de gestion et de mobilisation professionnels qui permettent d'augmenter rapidement les adhésions.

**Le Burkina Faso** voudrait aussi aujourd'hui mettre en place une couverture maladie universelle et propose de le rendre obligatoire pour le secteur formel et volontaire au sein des mutuelles de santé pour le secteur non formel. Le pays possède une expérience de douze ans de développement des mutuelles de santé. Le processus est encore en phase de conception, mais les mutuelles ont été largement associées au débat.

**Le Cameroun** a pris aussi l'option d'utiliser les mutuelles de santé comme stratégie d'extension de l'assurance maladie à l'ensemble de la population du pays. Il s'est doté d'une plateforme des promoteurs en charge de la promotion des mutuelles de santé et a sollicité l'appui des bailleurs internationaux pour étendre ce modèle.

Le modèle proposé au départ était composé de mutuelles au niveau des aires de santé et regroupés en unions de districts, en réseau, puis en fédération nationale. Le modèle plus tard évoluera vers des mutuelles de district sur le modèle rwandais. Un comité d'experts (le CERAM) composé à la fois des ministères intéressés et de la société civile a œuvré pendant plus de trois ans pour réfléchir sur le modèle le mieux indiqué et proposer un plan stratégique ainsi qu'une loi cadre sur la mutualité.

Malgré l'excellente articulation du modèle, ce dernier n'a toujours pas reçu les financements attendus. De plus, même si ces propositions sont acceptées par tous, le Gouvernement traîne à les valider et à examiner la loi régissant les mutuelles de santé.

Le Burundi, pour construire son modèle, devrait tirer les leçons de bonnes pratiques d'ailleurs.



### 5.3. Proposition d'un modèle cohérent d'institutionnalisation des mutuelles de santé communautaires

Le Plan National de Développement Sanitaire du Burundi (PNDS 2006-2010) reconnaît que **les mutuelles de santé constituent la solution la plus viable pour assurer une couverture maladie large aux populations burundaises**. Néanmoins, il recommande d'être très prudent à cause du contexte post conflit qui caractérise cette période et propose que soient mises en place des mutuelles pilotes. Aujourd'hui, les MSAG et les MUSCABU peuvent être considérés comme ces premières mutuelles pilotes. Suite à une demande formulée par ADISCO, le Ministère de la santé a finalement créé un point focal des mutuelles de santé en son sein.

La Direction Générale de Protection Sociale récemment créée au sein du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale comprend entre autres structures une Direction de promotion des mutuelles de santé et une autre de suivi contrôle. *Les mutuelles sont donc implicitement reconnues comme une stratégie intéressante d'extension de la protection sociale.*

Le BIT, sur requête du Gouvernement du Burundi, a élaboré un projet de politique nationale de protection sociale au Burundi. Ce projet a été transmis au Ministre en charge de la protection sociale depuis le mois de novembre 2009 et est en attente de validation par les partenaires concernés au niveau national. Néanmoins, on apprend de la Direction Générale de la Protection Sociale que les mutuelles de santé y sont proposées comme une stratégie-clé.

Une rencontre organisée à Gitega au mois d'avril 2009 par WSM avait mis en lumière l'importance d'une concertation des acteurs de la mutualité. Le 20 décembre 2010, les principaux acteurs de la mutualité ont fini par établir « la Plateforme des Acteurs des Mutuelles de Santé au Burundi (PAMUSAB) » qui s'est fixé les missions ci-après :

- ○ Mener une action de plaidoyer dans l'urgence pour faire accoucher au Burundi une loi nationale sur les Mutuelles de santé et plus tard sur d'autres thèmes;
- ○ Coordonner les interventions sur terrain des acteurs mutualistes au Burundi;
- ○ Former sur le mouvement mutualiste et ses principes (organiser des cycles de formation collectifs et continus);
- ○ Informer sur le mouvement mutualiste au Burundi (mise en place d'une banque de données, création d'un site web régulièrement alimenté, etc.).

La présidence de ce cadre est actuellement assurée par l'ADISCO.

La Plateforme des Acteurs des Mutuelles de Santé au Burundi (PAMUSAB) a soumis à la

DGPS une proposition de processus pour l'élaboration participative d'une loi sur les mutuelles de santé. La DGPS a produit un draft qu'il voudrait soumettre à une large discussion dans les prochains jours, mais étant donné le souci de s'assurer que ce texte soit en harmonie avec les autres documents en préparation, il est plutôt proposé l'adoption d'un texte de loi (intérimaire) qui puisse régir les mutuelles naissantes et leurs partenaires: population, formations sanitaires, etc.

Comme pour les autres pays, l'institutionnalisation des mutuelles de santé comme stratégie nationale de couverture du risque maladie est un processus long et itératif. D'une part, il faudrait que le Gouvernement décline clairement sa politique nationale de protection sociale, qu'il mette en place un dispositif législatif et réglementaire propre aux associations mutualistes, que le CSLP donne à la Politique nationale de protection sociale en instance d'adoption, toute l'importance dans sa mise en œuvre, etc. D'autre part, il faudra s'assurer que ce processus soit le plus inclusif possible et reçoive le soutien à la fois de la population, des bailleurs de fonds et des structures d'appui. Pour ce faire, il est important que le processus valorise au mieux les initiatives en cours.

La première étape devrait consister à mettre en place une commission la plus large possible, mais fonctionnelle (une quinzaine de personnes) pour piloter ce processus de réflexion. Les membres de PAMUSAB devraient faire partie en priorité de cette commission aux côtés des responsables des Ministères concernés.

Les propositions que nous faisons dans les lignes qui suivent ne sont donc que des pistes pour servir de repères aux réflexions que devrait entamer cette commission nationale. Le Gouvernement devra mettre des moyens à la disposition de cette commission, mais les membres de PAMUSAB pourraient également apporter leur contribution.

Comme nous l'avons déjà vu pour les autres pays, la volonté politique reste le préalable à tout développement d'une assurance maladie sociale viable. Étant donné que le processus nécessite un financement extérieur important, il sera stratégiquement très important d'y associer les partenaires au développement.

Le modèle que nous proposons passe donc par trois étapes:

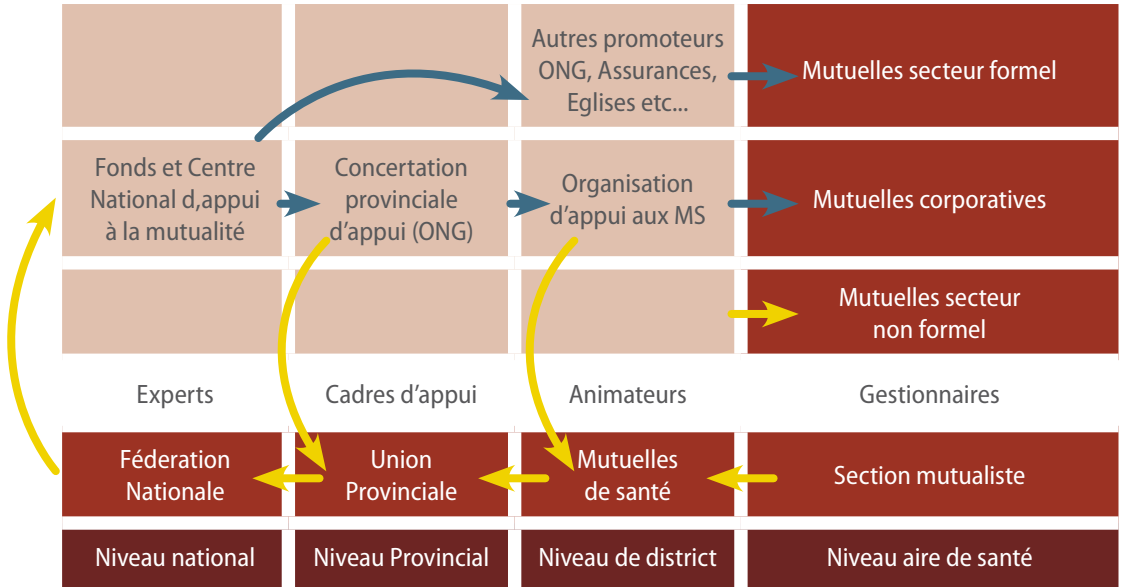
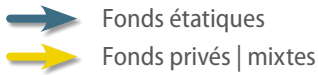
1. Définir clairement une stratégie nationale de développement des mutuelles: convaincre les mutuelles actuelles à s'ouvrir pour servir de base au développement d'un modèle de district qui offre un régime de base unique;
2. Pendant au moins trois ans: Soutenir le développement des mutuelles de santé volontaires sur l'ensemble du pays avec l'appui des bailleurs de fonds internationaux;
3. Passer à échelle en rendant obligatoire l'adhésion aux mutuelles de santé existantes.

Le modèle exact à adopter devra faire l'objet d'une large concertation avec les acteurs concernés. Néanmoins, au vu des développements en cours, le pays pourrait retenir le développement de deux modèles parallèles: un modèle corporatif (mutuelle des artisans, mutuelle des caféiculteurs, mutuelle des théiculteurs, etc) et un modèle géographique.. Le modèle mixte (corporatif-Géographique) laisserait à chaque citoyen la liberté d'adhérer au système de son choix comme c'est le cas en Belgique. Le modèle géographique à l'instar des autres pays d'Afrique partirait du district sanitaire avec des sections mutualistes dans les aires de santé. C'est ce modèle (pour des raisons de simplicité et de clarté) que nous allons développer dans les lignes qui suivent tout en sachant qu'il n'est pas unique.

Les principes qui devraient guider ce modèle sont les suivants<sup>28</sup>:



## Stratégie proposée de promotion des MS au Burundi



1. La mutuelle de santé communautaire doit être indépendante du système sanitaire **et gérée par des personnes élues librement par la communauté à la base et appuyées par une équipe technique** compétente supervisée par la Direction Générale de la Protection Sociale: séparation de l'offre et de la demande de soins.
2. **La mutuelle doit être gérée au niveau du district sanitaire** (et non du centre de santé). Ainsi les populations ont le choix entre tous les centres de santé du district dès le départ et ne peuvent aller en dehors que suite à une lettre de transfert. On renforcerait ainsi le système de référence et de contre référence. Mais des sections mutualistes seraient créées dans chaque centre de santé. Le remboursement des factures serait réalisé par la mutuelle au niveau du district sanitaire. Les mutuelles d'une même province peuvent former une union et les unions se mettront plus tard en fédération nationale.

28 L'essentiel de ces propositions proviennent d'une note adressée par l'ADISCO à la DG de la protection sociale en date du 25 juin 2009 et appuyée par le cadre national de concertation.

3. Le paiement de la cotisation doit se faire obligatoirement avant les soins (période d'observation) d'attente d'au moins 1 mois) entre début mai et fin août (période où les populations ont des ressources au Burundi). L'année mutualiste commencerait le 1er septembre. Cette cotisation serait obligatoire et perçue par la mutuelle (d'abord de manière persuasive) et ensuite de manière plus coercitive avec l'appui de la commune.
4. La cotisation serait versée à la section mutualiste et transférée à la mutuelle centrale qui dispose d'un gérant bien formé en informatique de gestion. Pour chaque cotisation, l'État, via un fonds national d'appui aux mutuelles de santé alimenté par les impôts et la coopération internationale, compléterait cette cotisation par une subvention.
5. Chaque section mutualiste aurait un comité de mobilisation des fonds élu par les populations ainsi qu'un agent mutualiste qui enregistre les cotisations et les transfère à la mutuelle du district.
6. Les communes seraient largement impliquées dans la sensibilisation pour l'adhésion aux mutuelles de santé. Elles veilleraient à ce que tout le monde adhère à la mutuelle.
7. Les indigents seraient identifiés par la mutuelle, et leurs cotisations seraient versées à la mutuelle par l'État (ministère de la solidarité nationale via la commune). Il est indispensable de créer un Fonds National d'Appui aux Indigents soutenu aussi par les communes qui participeraient ainsi à la validation de la liste des indigents.
8. Une convention nationale, avec des avenants par district, précise les conditions de collaboration entre la mutuelle et les prestataires de soins. Le système sanitaire s'engagerait notamment dans des soins de qualité (via le système d'achat des performances qui serait généralisé) et la mutuelle se doterait de médecins conseils qui assureraient à la fois le suivi de la qualité des soins et les coûts des prestations.
9. Au niveau de chaque province sanitaire seraient identifiés une ou deux organisations d'appui qui apporteraient un appui technique et organisationnel au développement du système jusqu'à la prise en main par la fédération provinciale des mutuelles de santé.
10. Chaque mutuelle serait conventionnée avec tous les centres de santé du district de son ressort et adhérerait à l'union provinciale des mutuelles qui aurait une convention avec les hôpitaux provinciaux et régionaux. C'est l'union provinciale, via une fraction de la cotisation renforcée par le fonds national, qui rembourserait les prestations aux hôpitaux provinciaux. De même, les soins aux hôpitaux nationaux et tertiaires seraient remboursés par la Fédération nationale des mutuelles selon un schéma identique.

Ces mécanismes mettent en jeu des dynamiques internes et externes importants qu'il faut analyser. Pour la dynamique interne, la question se pose en ces termes: existe-t-il des

articulations ou des interactions entre les différents niveaux d'une même structure? Pour la dynamique externe: quelles sont les articulations, interactions entre les différents acteurs?

| Autorités  | Formations sanitaires   | Mutuelles  | Structures d'appui  |
|--|---|--|---|
| <b>Au niveau Nationale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Ministère de la Fonction publique, travail et sécurité sociale</li> <li>□ Ministère de la santé publique<sup>29</sup> et de la lutte contre le VIH/SIDA</li> <li>□ Ministère de la Solidarité nationale</li> </ul> | <b>Au niveau national</b><br>Cinq Hôpitaux nationaux                  | <b>Au niveau National</b><br>Fédération nationale des mutuelles de santé     | <b>Au niveau national</b><br>Plateforme des acteurs des Mutuelles de Santé au Burundi |
| <b>Au niveau provincial (17 provinces)</b><br>17 bureaux provinciaux de la santé   | <b>Au niveau provincial</b><br>Hôpital provincial                     | <b>Au niveau provincial</b><br>Fédération provinciale des mutuelles de santé | <b>Au niveau provincial</b><br>Structure d'appui                                      |
| <b>Au niveau communal</b><br>(119 communes)<br>Conseil communal<br>Administrateur communal   | <b>Au niveau Communal</b><br>District de santé<br>Hôpital de district | <b>Au niveau communal</b><br>Mutuelle de santé                               | <b>Au niveau communal</b><br>Structure d'appui  |
| <b>Au niveau Collinaire</b><br>CDC et Chef collinaire  | <b>Au niveau collinaire</b><br>Centre de santé                        | <b>Au niveau collinaire</b><br>Section mutualiste                            | <b>Au niveau collinaire</b><br>Animateur mutualiste<br>Gérant mutuelle                |

### 5.3.1. La dynamique interne

Les principaux protagonistes sont à ce niveau: les autorités publiques au niveau central et décentralisé, les formations sanitaires, les mutuelles de santé et les structures d'appui aux mutuelles. Nous analyserons les problèmes qui se posent à chaque maillon et nous ferons des propositions d'amélioration.

29 Au moment de l'étude, « La Lutte contre le VIH/SIDA » était un ministère à part entière, mais a été rattaché entretemps au ministère de la santé.

## **(a) Autorités publiques**

### **Constats**

Au Burundi, la conception et la gestion de la protection sociale sont exclusivement concentrées au niveau central. Le rôle des communes n'est pas toujours bien défini alors qu'elles doivent être au devant de la scène dans cette entreprise.

|  |
|--|
| <b>Au niveau Nationale</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Ministère de la Fonction publique, travail et sécurité sociale</li><li>○ Ministère de la santé publique<sup>29</sup> et de la lutte contre le VIH/SIDA</li><li>○ Ministère de la Solidarité nationale</li></ul> |
| <b>Au niveau provincial (17 provinces)</b><br>17 bureaux provinciaux de la santé   |
| <b>Au niveau communal</b><br>(119 communes)<br>Conseil communal<br>Administrateur communal   |
| <b>Au niveau Collinaire</b><br>CDC et Chef collinaire  |

Au niveau central, quatre ministères sont directement concernés.

- ○ Le ministère de la Fonction publique, du travail et de la sécurité sociale qui a la mission régalienne de faire la promotion et le contrôle des institutions de protection sociale.
- ○ Le ministère de la santé publique qui gère les formations sanitaires et dispose d'un point focal des mutuelles de santé.
- ○ Le ministère en charge de la lutte contre le VIH/SIDA qui se spécialise sur les questions en rapport avec le VIH/SIDA.
- ○ Le ministère de la solidarité nationale qui est chargé des questions des indigents ainsi que des catégories de population en difficulté. Il gère en principe l'assistance sociale ainsi que l'appui aux différentes catégories de vulnérables: réfugiés, rapatriés, démobilisés, etc.

Même si les politiques sont arrêtées au niveau du Conseil des Ministres, il subsiste des chevauchements importants entre ces différents ministères, qui compliquent la mise en œuvre harmonieuse des politiques. La vision du développement de la mutualité, par exemple, est perçue très différemment par le Ministère de la santé et celui ayant la protection sociale dans ses attributions, comme on a pu le constater plus haut lors de l'analyse de la stratégie INAMA.

La situation est d'autant plus complexe que certaines coopérations internationales agissent de manière relativement indépendante en collaboration avec l'un ou l'autre ministère. Certaines confessions religieuses qui détiennent des formations sanitaires vont régulièrement à l'encontre des politiques nationales (gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans par exemple).

Au niveau local, le rôle des communes en matière de santé et de protection sociale n'est pas clairement défini. Néanmoins, ce sont les communes qui construisent les nouveaux centres de santé et hôpitaux de districts. Elles délivrent des cartes d'indigence ainsi que la carte d'assistance médicale (CAM). Néanmoins, les communes ne disposent pas de moyens financiers pour assumer leurs responsabilités en cette matière.

### **Recommandations**

1. La grande priorité actuelle au Burundi est de définir et mettre en œuvre une politique cohérente de santé que respecte tout le monde. Les secteurs de santé qui doivent bénéficier de la gratuité doivent être clairement définis et mis en œuvre par tous (Ministères, coopérations, Eglises, ONG) et les mécanismes codifiés. Sans cette harmonisation, le développement d'une politique nationale de protection sociale est difficile à mettre en œuvre dans le pays.
2. L'adoption rapide d'une politique nationale de protection sociale concertée avec la participation des acteurs de la mutualité. Le BIT a remis au Gouvernement une proposition qui devrait être discutée à partir du mois de mai 2010 d'après la programmation déjà établie par la DGPS. Il est important que les mutuelles de santé, les structures d'appui ainsi que les autres acteurs de la société soient associés à ces discussions. Il faudra s'assurer que l'INAMA, la CAM, les appuis directs ou indirects de différents acteurs (Eglises, bailleurs de fonds) soient intégrés dans cette politique nationale.
3. Le Gouvernement devra donner des moyens conséquents pour la promotion et le développement des mutuelles de santé. Actuellement, la Direction générale de la



protection sociale n'a pas les ressources suffisantes pour assumer sa mission. Si des moyens importants ne sont pas donnés pour soutenir la politique nationale, cette dernière restera un mort né. Un fonds national de promotion et d'appui aux mutuelles doit être créé et alimenté par un basket fund des bailleurs de fonds avec une participation accrue du budget de l'État.

4. Il est urgent de mettre en place, temporairement, un cadre légal relatif aux mutuelles de santé en attendant l'adoption de la politique nationale de protection sociale, qui sera suivie de la préparation, de manière participative, d'une loi cadre régissant les mutuelles de santé au Burundi.
5. La création d'un fonds national d'appui aux indigents revêt également une grande priorité ainsi que la détermination claire du rôle de différents acteurs dans l'appui aux indigents.
6. Le rôle des communes en matière de santé et de protection sociale doit être précisé notamment en ce qui concerne les indigents et la gestion de la CAM.

### **(b) Formations sanitaires**

#### **Constats**

|   |
|---|
| <b>Au niveau national</b><br>Cinq Hôpitaux nationaux                  |
| <b>Au niveau provincial</b><br>Hôpital provincial                     |
| <b>Au niveau Communal</b><br>District de santé<br>Hôpital de district |
| <b>Au niveau collinaire</b><br>Centre de santé                        |

Contrairement à la plupart des pays d'Afrique, la carte sanitaire du Burundi n'est pas calquée sur la structure administrative. La pyramide sanitaire déjà décrite comprend des hôpitaux nationaux, des hôpitaux provinciaux, des hôpitaux de districts et des centres de santé. Le système sanitaire pose aux mutuelles quatre questions: la qualité des soins, le système de tarification et les changements intempestifs des prix ainsi que la collaboration avec les mutuelles.

30 Certains districts couvrent plusieurs communes et d'autres une seule.

31 Les centres de santé couvrent plusieurs collines et plus souvent des zones administratives.

## Recommandations

1. Les formations sanitaires devraient améliorer la qualité des services offerts aux populations. A coté du plateau technique qui devrait être relevé dans certaines formations sanitaires, les mutualistes estiment qu'il est impérieux d'assurer un approvisionnement régulier des centres de santé et hôpitaux de districts en médicaments et réserver un meilleur accueil aux patients. Le Burundi s'étant lancé dans la politique de contractualisation ou de financement basé sur les performances, les mutuelles de santé devraient participer dans les comités de validation des performances.
2. La tarification des formations sanitaires doit être harmonisée, standardisée et rendue plus transparente. Certaines formations sanitaires pratiquent des forfaits, d'autres une tarification à l'acte et d'autres la gratuité sur certaines catégories de personnes. Certaines formations sanitaires facturent plus certaines catégories (et notamment aux mutuelles) jugées plus solvables. On a vu dans le réseau catholique du même diocèse de Gitega ou de Muyinga des coûts moyens variant du simple au triple. Il est difficile dans ces conditions pour les mutuelles de pouvoir gérer correctement leurs ressources.
3. Certaines formations sanitaires refusent des conventions à des mutuelles de santé solvables pour des raisons inavouées. Une telle pratique devrait cesser pour autant que les mutuelles ou leurs services d'appui présentent les garanties suffisantes.

### (c) Mutuelles de santé

|  |
|--|
| <b>Au niveau National</b><br>Fédération nationale des mutuelles de santé     |
| <b>Au niveau provincial</b><br>Fédération provinciale des mutuelles de santé |
| <b>Au niveau communal</b><br>Mutuelle de santé                               |
| <b>Au niveau collinaire</b><br>Section mutualiste                            |

## Constats

Le mouvement mutualiste au Burundi reste encore peu significatif. En effet, la guerre qu'a connu le pays n'a pas permis au MSAG d'exprimer toutes leurs potentialités, ni aux autres structures de débiter. Les MUSCABU aujourd'hui ont à peine un an de service. Néanmoins, comme nous l'avons déjà expliqué, la création des mutuelles va s'accélérer. Le mouvement mutualiste devra encore asseoir sa crédibilité.

Les mutuelles de santé du Burundi connaissent d'ailleurs les mêmes problèmes que partout ailleurs en Afrique comme le faible taux de pénétration, une gestion qui devrait se professionnaliser davantage ainsi que des problèmes de viabilité à moyen terme.

Alors que les MUSCABU ont déjà commencé à se mettre en unions et vont bientôt se mettre en fédérations, les MSAG se considèrent comme un réseau unique qui peut, très rapidement, décider de partager les risques. Les mutuelles de base sont dénommées "sections mutualistes" et ont des comptes séparés. Elles pourraient donc assez facilement décider de mutualiser leurs risques. Les charges d'animation de chacun de ces réseaux sont d'ailleurs bien partagées entre les mutuelles ou sections mutualistes selon le cas, ce qui concourt à accélérer leur autonomie.

Au Burundi, les mutuelles ont tendance à se confiner dans leur membership original; les MSAG recrutant essentiellement dans les cercles des paroisses catholiques et les MUSCABU au sein des associations des caféiculteurs.

## Recommandations

1. Les mutuelles doivent investir dans la sensibilisation pour augmenter rapidement leurs effectifs en utilisant différents canaux de communication et en travaillant avec tous les mouvements structurés de la contrée. Les MSAG doivent, si elles veulent survivre, aller au-delà des paroisses catholiques et les MUSCABU au-delà des associations caféicoles pour s'ouvrir davantage à l'ensemble de la communauté.
2. Les mutuelles doivent se donner un plan de développement et d'affaires qui leur permette d'atteindre au plus tard dans cinq ans leur autonomie financière. La dépendance envers les bailleurs de fonds étrangers devrait clairement décroître avec le temps.

3. Les mutuelles et leurs structures d'appui doivent aussi investir dans la professionnalisation des systèmes de gestion en visant à moyen terme l'informatisation des systèmes.
4. Enfin, les mutuelles doivent se mettre en réseaux pour pouvoir participer au dialogue politique aussi bien au niveau local que national. Une concertation nationale de tous les acteurs devra viser à se positionner comme interlocuteur incontestable des politiques sanitaires et des politiques de protection sociale.

**(d) Structures d'appui**

|   |
|---|
| <p><b>Au niveau national</b><br/>Plateforme des acteurs des Mutuelles de Santé au Burundi</p> |
| <p><b>Au niveau provincial</b><br/>Structure d'appui</p>                                      |
| <p><b>Au niveau communal</b><br/>Structure d'appui</p>  |
| <p><b>Au niveau collinaire</b><br/>Animateur mutualiste<br/>Gérant mutuelle</p>               |

**Constat**

Au Burundi, le constat actuel est que la Belgique est le seul bailleur de fonds pour l'appui aux mutuelles de santé avec le risque d'exporter au Burundi les clivages qui existent en Belgique. Les structures d'appui devront donc rester vigilantes pour garder leur autonomie face à ces courants étrangers.

**Recommandation**

1. Les structures d'appui doivent travailler dans la concertation permanente, voire dans la complémentarité, au cas contraire, la mutualité restera un vain mot. Le cadre national de concertation qui vient de se mettre en place a déjà jeté quelques bases de dialogue qui devront être renforcées. De plus, si le principe d'une mutuelle de santé par district est retenu, il sera nécessaire que les différents réseaux se mettent d'accord sur cette répartition géographique.

### 5.3.2. La dynamique en externe

Les interactions entre les différentes structures sont aussi vitales que les rapports internes entre elles si l'on veut renforcer et institutionnaliser le mouvement mutualiste.

#### (a) Rapport autorités publiques et mutuelles de santé



#### Constat

Le Burundi a clairement instauré la tutelle des mutuelles de santé au sein de la Direction Générale de la Protection Sociale au sein du ministère de la Fonction publique, du Travail et de la Sécurité Sociale. Comme cette Direction n'est pas encore décentralisée/déconcentrée à la base, les mutuelles de santé au niveau périphérique n'ont pas d'interlocuteur de proximité. Par contre, les mutuelles sont en relation étroite avec les structures déconcentrées et décentralisées du ministère de la santé.

Comme nous l'avons déjà expliqué, le pays est en passe de définir une politique nationale de protection sociale ainsi qu'une loi régissant les mutuelles.

#### Recommandations

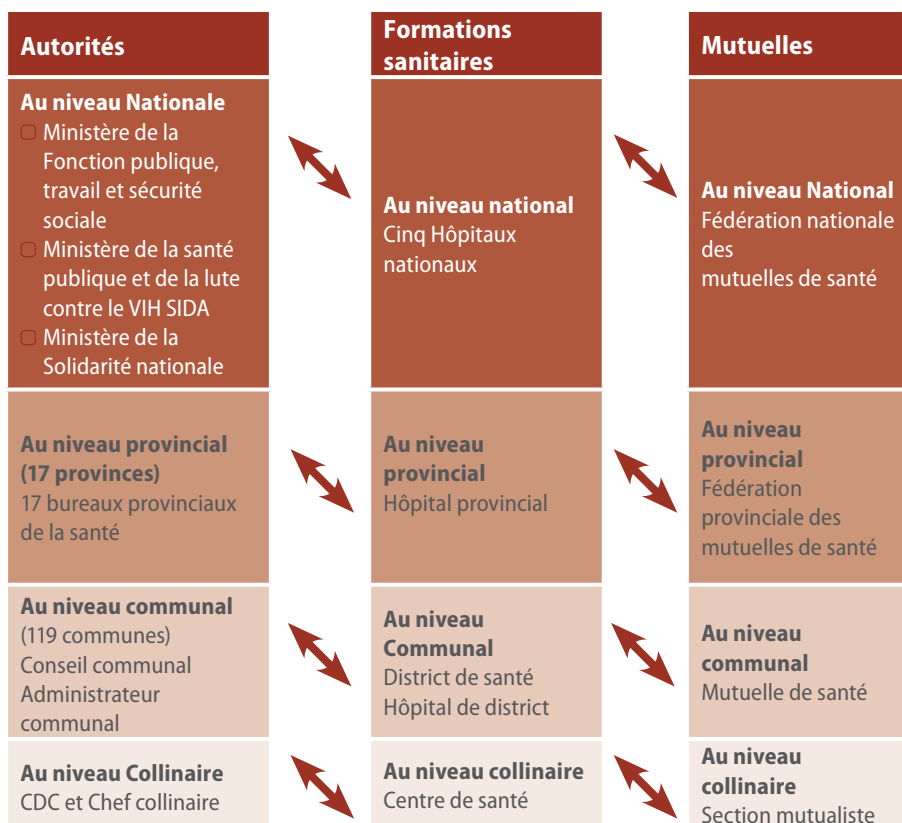
1. Il est urgent que soient adoptés les textes réglementaires régissant la mutualité au Burundi notamment la politique nationale de protection sociale, la loi régissant les mutuelles ainsi que des dispositions de mise en œuvre de ces textes généraux. Nous

pensons à un plan stratégique de promotion et de développement des mutuelles de santé ainsi que des textes d'application de cette loi. Ce processus devra se faire de la manière la plus participative possible.

2. Le pays doit rapidement donner des ressources conséquentes à la Direction Générale de la Protection Sociale afin qu'elle puisse assumer ses lourdes missions consignées dans le décret présidentiel qui la crée. Il s'agit des fonctions ci-après:
  - ○ La régulation via un cadre législatif contraignant que doivent respecter tous les protagonistes;
  - ○ La promotion des mutuelles par différentes voies et avec des moyens conséquents;
  - ○ Le contrôle pour que des aventuriers ne viennent souiller ce secteur et ne découragent définitivement les populations, mais aussi la surveillance des réseaux des mutuelles existants pour prévenir leur faillite;
  - ○ Le rôle aussi de financeur parce que dans le contexte actuel de la pauvreté, les mutuelles ne pourront pas se développer sans des subventions durables qui ne peuvent provenir que de l'impôt.
3. Il est important que le ministère de la santé et celui en charge de la protection sociale

peuvent collaborer de manière plus serrée pour qu'une assurance maladie sociale durable puisse se développer dans le pays.

**(b) Rapports autorités publiques, formations sanitaires et mutuelles de santé**



**Constats**

Il existe plusieurs champs qui doivent faire l'objet de négociations entre les autorités publiques, les formations sanitaires et les mutuelles de santé. Les principales dans le schéma proposé portent sur la question des indigents, la collecte des cotisations ainsi que le contrôle de la qualité des soins de santé notamment lors de la validation des performances des formations sanitaires.

Les indigents aujourd'hui reçoivent des cartes d'indigence de la commune et sont soignés par les formations sanitaires qui ne sont pas toujours certaines d'être remboursées. Les autorités auraient intérêt à payer la cotisation des indigents dans la mutuelle et des négociations avec les formations sanitaires pourraient préciser des conditions de faveur pour ces catégories.

Les communes peuvent jouer un rôle clé dans la mobilisation des populations pour le recouvrement des cotisations comme cela est le cas au Rwanda. Les communes les plus riches pourraient même subventionner des mutuelles de santé. En tout cas, les autorités locales sans s'immiscer dans la gestion des mutuelles sont appelées à veiller sur le respect des procédures démocratiques au sein des mutuelles et à sanctionner tous ceux qui voudraient abuser des fonds des mutuelles de santé.

Les mutuelles, nous l'avons dit ont un rôle de veiller sur la qualité des soins dispensés non seulement aux mutualistes, mais aussi à l'ensemble de la population. Les mutuelles ont besoin du soutien de l'autorité publique pour que ce travail puisse porter son meilleur fruit.

### Recommandation

1. Une concertation régulière et franche entre les autorités publiques, les formations sanitaires et les mutuelles de santé à tous les niveaux doit être instituée pour améliorer l'accès à des soins de santé de qualité à la majorité de la population

#### (c) Rapport mutuelles de santé et formations sanitaires

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Au niveau national</b><br>Cinq Hôpitaux nationaux               | ↕ | <b>Au niveau National</b><br>Fédération nationale des mutuelles de santé     |
| <b>Au niveau provincial</b><br>Hôpital provincial                  | ↕ | <b>Au niveau provincial</b><br>Fédération provinciale des mutuelles de santé |
| <b>Au niveau Communal</b><br>District de santé Hôpital de district | ↕ | <b>Au niveau communal</b><br>Mutuelle de santé                               |
| <b>Au niveau collinaire</b><br>Centre de santé                     | ↕ | <b>Au niveau collinaire</b><br>Section mutualiste                            |

### Constat

La relation entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires est très forte et conditionne tout le succès des mutuelles. Elle est généralement régie par une convention écrite que les deux parties doivent respecter: les mutuelles, en payant leurs factures dans les délais et les formations sanitaires en offrant des soins de qualité et en soutenant la promotion des mutuelles. En effet, même si les formations sanitaires reconnaissent les avantages des mu-



tuelles (amélioration de la fréquentation, doses de médicaments plus complets, recours à temps), certaines formations sanitaires ne veulent pas du contrôle direct et indirect qu'exercent les mutuelles sur leurs services ou encore se plaignent que les mutuelles augmentent leur travail sans compensation. Pour une collaboration fructueuse, de nombreuses recommandations peuvent être faites à l'égard des parties. C'est ainsi que certaines formations refusent de signer des conventions avec les mutuelles.

### **Recommandations**

1. Les deux parties doivent faire des efforts sérieux pour honorer les engagements qui figurent dans les conventions et se rencontrer régulièrement pour discuter et anticiper tous les problèmes qui se posent.
2. Les responsables mutualistes et des formations sanitaires doivent être informés et formés sur les questions de mutualité et aussi sur l'organisation des services de santé. Les mutualistes parfois exigent des services difficiles à satisfaire. Au Burundi en particulier, la gratuité des soins de santé pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes qui accouchent ont fait doubler la fréquentation des services de santé sans que le personnel de santé soit augmenté. Il s'en est suivi des problèmes inévitables d'accueil, de gestion des médicaments que les mutualistes comprennent mal.
3. La participation des formations sanitaires dans la sensibilisation conduit toujours à de meilleures performances pour les mutuelles.
4. Les formations sanitaires et les mutuelles doivent mettre en place un système relativement stable de tarification et s'informer mutuellement sur les changements des prix qui surviennent à cause notamment de la fluctuation des cours des devises.
5. Enfin les mutuelles doivent être admises dans les instances qui discutent des problèmes de santé à différents niveaux.

---

32 On se référera pour cette question délicate à une analyse détaillée réalisée par Déo NIYONKURU: Appui accompagnement des MSAG. ODAG, WSM/ANMC, CMV, février 2007.

#### (d) Rapport mutuelles de santé et structures d'appui

| Mutuelles  |   | Structures d'appui  |
|--|---|---|
| <b>Au niveau National</b><br>Fédération nationale des mutuelles de santé     | ↕ | <b>Au niveau national</b><br>Plateforme des acteurs des Mutuelles de Santé au Burundi |
| <b>Au niveau provincial</b><br>Fédération provinciale des mutuelles de santé | ↕ | <b>Au niveau provincial</b><br>Structure d'appui                                      |
| <b>Au niveau communal</b><br>Mutuelle de santé                               | ↕ | <b>Au niveau communal</b><br>Structure d'appui  |
| <b>Au niveau collinaire</b><br>Section mutualiste                            | ↕ | <b>Au niveau collinaire</b><br>Animateur mutualiste<br>Gérant mutuelle                |

#### Constat

On part trop souvent de l'hypothèse que les structures d'appui sont en complicité avec les mutuelles, mais ce n'est pas toujours le cas. On a même connu dans certains cas des structures d'appui qui freinent le développement d'un mouvement mutualiste autonome ou qui veulent l'infantiliser. D'autres structures d'appui veulent se pérenniser en se transformant en structures internes des mutuelles chargées de la gestion. Dans le cas particulier des MSAG, la question est encore plus délicate dans la mesure où l'autonomie porte sur plusieurs maillons: l'archidiocèse, l'ODAG, les animateurs mutualistes<sup>32</sup>.

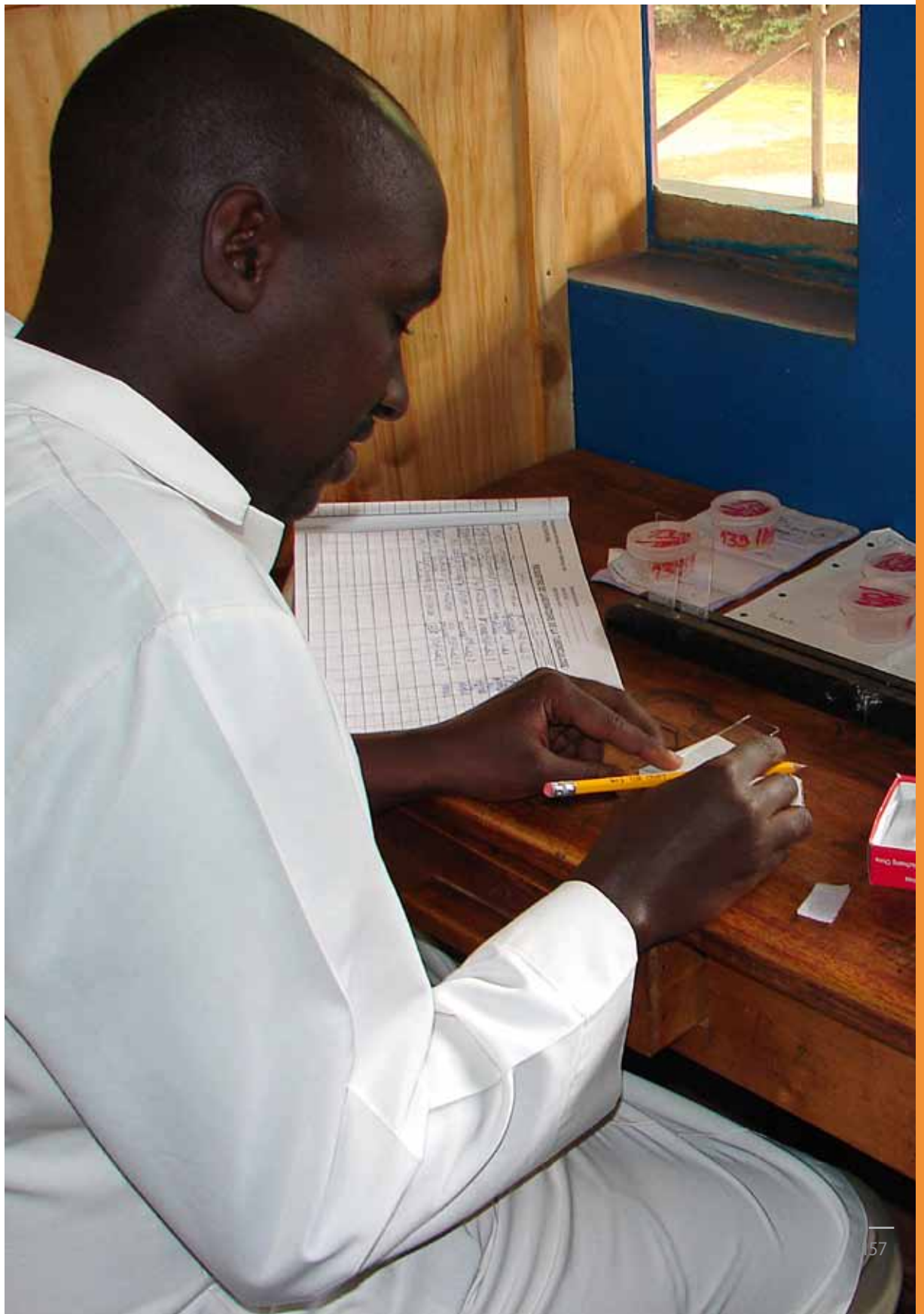
#### Recommandations

1. Les services d'appui doivent se mettre dans une logique d'empowerment du mouvement mutualiste et non pas chercher à le contrôler ou à l'infantiliser
2. Pour ce faire, les structures d'appui doivent appuyer l'émergence d'unions et de fédérations qui soient capables de porter à terme les fonctions des structures d'appui. Elles doivent également travailler dans le sens de leur transférer les compétences nécessaires pour cette autonomie. Un plan clair de renforcement des compétences et d'autonomisation doit pouvoir être mis en place assez tôt dans le développement des mutuelles de santé
3. Enfin, les mutuelles de santé et les structures d'appui doivent réaliser ensemble un travail important de plaidoyer. Le cadre national de concertation a noté les thèmes les plus importants ci-après:

- ○ Au niveau national: la mise en place des politiques nationales favorables à la mutualité, la mise en place d'une loi régissant les mutuelles, le financement des mutuelles par l'État et surtout la reconnaissance claire du rôle des mutuelles dans le cadre d'une assurance maladie universelle;
- ○ Au niveau local: la question cruciale reste celle de la lutte pour l'amélioration de la qualité des soins et notamment la disponibilité des médicaments.



# Tableau synoptique et comparatif des systèmes de protection sociale au Rwanda et au Burundi



# ① Les systèmes de protection sociale au Rwanda

| Organismes  | Systèmes        | Textes légaux   | Bénéficiaires  | Effectif assuré  |
|---|-----------------|---|--|--|
| Caisse Sociale du Rwanda (CSR)                              | Contributif     | Décret loi du 22 Août 1974 modifié et complété par la loi de mars 2003+ les textes d'applications.  | Tous les salariés (secteur public et privé) et leurs ayants droits + les militaires  | 301 434 personnes  |
| Rwandaise d'Assurance Maladie (RAMA)                        | Contributif     | Loi n° 24/2001 du 17-04-2001 modifiée et complétée par celle n° 29/2002 du 19-09-2002. Celle-ci a été modifiée par la loi n° 27/2007 du 26-06-2007. | Agents de l'État; Employés des établissements publics; Employés du secteur privé & leurs ayants-droit, Rescapés du génocide, Personnel des juridictions GACACA | 245 519 personnes dont 81 103 affiliés et 161 416 ayants droit   |
| Military Medical Insurance (MMI)                            | Contributif     | Loi n° 23/2005 du 12-12-2005.   | Militaires en service et leurs ayants droit; Employés du secteur privé et leurs ayants droit   | 100 000 environ  |
| Soins aux Prisonniers                                       | Non contributif |   | Prisonniers  | Non disponible   |
| Mutuelles de santé communautaires                           | Contributif     | Loi n°62/2007 du 30-12-2007.  | Monde rural; Secteur informel; Etudiants et travailleurs de l'Université Nationale du Rwanda et leurs ayants droit; Etudiants du KHI.                          | 7 722 126 personnes (fin 2008)   |
| Assurances Privées (CORAR; SORAS; AAR) et Employeurs privés | Contributif     | Décret-loi n° 20/75 du 20 juin 1975 tel que modifié et complété par la loi n° 01/2002 du 17 janvier 2002 relatif aux assurances en général          | Employés du secteur privé et leurs ayants droit  | SORAS (1.100 adhérents et 3.600 bénéficiaires); CORAR (414 affiliés et 814 bénéficiaires) et AAR (3.000 bénéficiaires) |

| Risques couverts   | Source de financement   | Paquet de services, prestataires et bénéficiaires   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maladies professionnelles et accidents de travail</li> <li>- Pensions : retraite, invalidité, survivants</li> </ul>                             | <p>2% du salaire à charge exclusif de l'employeur (R.P.)</p> <p>3% du salaire pour le travailleur et 3% à charge de l'employeur (Pension)</p> | <p>Pour les R.P. : soins médicaux et pharmaceutiques, frais funéraires, indemnités journalières, allocations et rentes d'incapacités, rentes de survivants, rééducations et réadaptation.</p> <p>Pour les pensions: pension de vieillesse, d'invalidité et de survivants.</p>   |
| Tout le paquet de soins offerts par les formations sanitaires publiques et agréées, polycliniques, pharmacies privées conventionnées et pharmacies de RAMA. Ticket modérateur de 15%.    | 15% du salaire de base dont 7,5% part employeur et 7,5% part employé.   | Toutes les prestations sauf ARV. Tiers payant: 85%. Ticket modérateur: 15%. Toutes les formations sanitaires publiques et privées agréées, polycliniques et pharmacies privées conventionnées, pharmacies RAMA. Bénéficiaires: agents de l'État et projets de l'État, établissements publics et privés et leurs ayants droit      |
| Tout le paquet de soins offerts par les hôpitaux publics et privés conventionnés. Ticket modérateur de 15%.  | 22,5% du salaire de base dont 17,5% part État et 5% part affilié.   | Toutes les prestations médicales fournies par les hôpitaux publics et privés conventionnés, sauf ARV, lunettes, chirurgie esthétique ou plastique. Ticket modérateur de 15% de la facture des services reçus. Les bénéficiaires sont les militaires, les travailleurs du secteur privé et leurs ayants droit.                     |
| Toutes les prestations sauf ARV, prothèses et lunettes. Tiers payant à 100%. Soins médicaux à la prison et transfert à l'hôpital si nécessaire. Pas de prise en charge des ayants droit. | Non déterminé   | Toutes les prestations sauf ARV, prothèses et lunettes. Tiers payant: 100%. Soins médicaux à la prison et transfert à l'hôpital si nécessaire. Pas de prise en charge des ayants droit.   |
| Toutes les prestations médicales dispensées par les établissements publics et privés ayant conclu un contrat de service médical avec le fonds de mutuelles de santé.                     | 2.000FRW/an dont 1.000 FRW par membre et 1.000FRW part de l'État.   | Toutes les prestations médicales dispensées par les établissements publics et privés ayant conclu un contrat de service médical avec le fonds de mutuelles de santé. Le ticket modérateur est déterminé par arrêté du Ministre de la santé. Les bénéficiaires sont les affiliés ayant payé les cotisations et leurs ayants droit. |
| Choix aux employeurs qui le peuvent  | Primes variables selon le choix des employeurs et des particuliers  | Prestations totales ou partielles selon les souscripteurs. Tiers payant et ticket modérateur variables. Les travailleurs du secteur privé, les particuliers et leurs ayants droit.  |

## ② Les systèmes de protection sociale au Burundi

| Organismes   | Systèmes                             | Textes légaux  | Bénéficiaires   | Effectif assuré  |
|--|--------------------------------------|--|---|--|
| Institut National de Sécurité sociale (INSS)                 | Contributif                          | Décret- loi no 1/011 du 29/11/2002 + textes d'application  | Travailleurs sous contrat soumis au Code du Travail, mandataires publics et politiques antérieurement liés par un contrat de travail, les militaires, stagiaires et apprentis.  | 116.138  |
| Mutuelle de la Fonction Publique (MFP)                       | Contributif                          | loi n° 1/05 du 10 septembre 2002 et ses textes d'application   | Les fonctionnaires sous statut, magistrats, militaires, policiers, agents de l'État engagés sous contrat, agents des collectivités locales, les personnels des établissements publics, les agents des administrations personnalisées, les cadres et personnels politiques de l'État, des retraités et rentiers, les agents de la coopération technique internationale, les étudiants de l'enseignement supérieur. | 168.400 affiliés et 673.600 bénéficiaires (estimation)   |
| Carte d'assistance médicale (CAM)                            | Contributif + contribution de l'État | l'ordonnance ministérielle n° 620/57 du 20 mars 1984 telle que modifiée par l'Ordonnance Ministérielle n° 630/172 du 23 mai 1996           | Tout burundais âgé de 21 ans dont les activités relèvent du secteur des indépendants.   | Non disponible   |
| Mutuelles de santé communautaires                            | Contributif                          | Non encore disponible  | Les travailleurs du secteur informel et du monde rural.   | Non disponible   |
| Assurances Privées (SONAVIE; UCAR; AAR) et Employeurs privés | Contributif                          | loi n°1/012 du 29 novembre 2002  | Tous ceux qui peuvent payer les primes demandées  | Non disponible   |
| Assurances Privées (CORAR; SORAS; AAR) et Employeurs privés  | Contributif                          | Décret-loi n° 20/75 du 20 juin 1975 tel que modifié et complété par la loi n° 01/2002 du 17 janvier 2002 relatif aux assurances en général | Employés du secteur privé et leurs ayants droit   | SORAS (1.100 adhérents et 3.600 bénéficiaires); CORAR (414 affiliés et 814 bénéficiaires) et AAR (3.000 bénéficiaires) |



| Risques couverts   | Source de financement  | Paquet de services, prestataires et bénéficiaires  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accidents du travail et maladies professionnelles</li> <li>- Pensions : retraites, invalidités, survivants.</li> </ul>  | 3% du salaire plafonné à 80.000 FBU par mois à charge exclusif de l'Employeur dans la branche des R.P; 3,9% du salaire plafonné à 150.000 FBU par mois à charge de l'employeur et 2,6% à charge du travailleur dans la branche des Pensions. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans la branche des Pensions : Pensions et allocations de Retraite, Pensions de survivants, Pensions d'invalidité.</li> <li>- Dans la branche des Risques Professionnels : Indemnités journalières, allocations ou rentes d'incapacité, rentes de survivants, les soins médicaux, produits pharmaceutiques, frais funéraires, la rééducation et la réadaptation fonctionnelle.</li> </ul> |
| Les soins préventifs et curatifs en cas de maladie ou d'accident naturel   | 4% du salaire brut à charge du Travailleur et 6% du salaire à charge de l'Employeur  | Tous les soins médicaux (curatifs et préventifs) avec un ticket modérateur de 20% à charge du bénéficiaire des soins; hormis les soins médicaux en dehors du pays ; les ARV ; la chirurgie esthétique ; les spécialités médicamenteuses ayant des équivalents génériques ; les expertises médico-légales.  |
| Tous les actes médicaux à l'exception des produits pharmaceutiques non disponibles dans les centres de santé et hôpitaux de l'État.  | 500 FBU/an pour les agriculteurs et éleveurs. 1.500 FBU pour les artisans et petits commerçants; 3.000 FBU pour les commerçants enregistrés par le service des impôts et pour les autres catégories d'indépendants.                          | Les consultations médicales, les soins médicaux chirurgicaux, les soins dentaires, les soins de protection maternelle et infantile, les soins prénataux, les soins pendant et après l'accouchement, les soins pharmaceutiques, les examens para-cliniques.   |
| Tous les soins dans les centres de santé publics avec un ticket modérateur de 20%; tous les soins dans les centres de santé confessionnels avec un ticket modérateur de 40% avec un plafond de 30.000 Fbu. | Varie de 7.000 Fbu/an/ménage à 10.000 Fbu/an/ménage pour les MSAG; et 13.500 Fbu/an/ménage de 6 personnes pour les MUSCABU et 5.000 Fbu/an et par individu.  | Soins hospitaliers dans les centres de santé confessionnels avec un ticket modérateur de 40% pour les MSAG. Soins hospitaliers dans les formations sanitaires publiques et quelques hôpitaux privés bien choisis avec un ticket modérateur de 20% et un plafond de 80.000 Fbu pour les MUSCABU.  |
| Les soins préventifs et curatifs en cas de maladie ou d'accident naturel   | Primes d'assurance maladie convenues   | Tous les soins médicaux dispensés dans les formations sanitaires publiques et privées; produits pharmaceutiques, avec des tickets modérateurs convenus.  |
| Choix aux employeurs qui le peuvent  | Primes variables selon le choix des employeurs et des particuliers   | Prestations totales ou partielles selon les souscripteurs. Tiers payant et ticket modérateur variables. Les travailleurs du secteur privé, les particuliers et leurs ayants droit.   |



# Conclusion

L'étude comparative des systèmes de protection sociale du Rwanda et du Burundi a clairement montré que le Rwanda a déjà réalisé des pas importants dans ce secteur clé qui sont aujourd'hui portés par **une forte volonté politique** et bénéficient d'un **encadrement soutenu** de la Cellule Technique d'Appui aux Mutuelles de santé au sein du Ministère de la Santé.

La complémentarité fortement encouragée par les pouvoirs publics entre le système étatique de protection sociale, actuellement en plines réformes, et les systèmes communautaires des mutuelles de santé extrêmement avancés au Rwanda, constituent un atout très important du processus de renforcement et d'extension des systèmes de protection sociale.

Le Gouvernement est occupé à améliorer et à renforcer les systèmes existants en vue de leur extension au secteur informel et au monde rural ainsi que la consolidation des mutuelles de santé communautaires en vue d'arriver, à moyen terme, à la couverture maladie universelle et à sa pérennisation. C'est dans cette optique que l'assurance maladie de base requiert des conditions préalables ou des facteurs de facilitation à réaliser ainsi que des actions appropriées à mener progressivement pour atteindre l'objectif visé dans le cadre du Programme gouvernemental de l'EDPRS et de la vision 2020.

Les conditions préalables ou les facteurs de facilitation à remplir en vue de réussir la pérennisation de cette couverture maladie universelle avec tout le professionnalisme qui convient, sont les suivantes :

- le relèvement du niveau général des revenus de la population ;
- l'accélération du rythme de la croissance économique du pays ;
- la transformation progressive de la structure de l'économie pour arriver à inverser la taille de l'économie informelle et rurale par rapport à celle du secteur formel ;
- le renforcement des capacités d'administration des systèmes d'assurance maladie ;
- le développement et l'augmentation des capacités des infrastructures sanitaires ;
- le degré de solidarité dans une société et la recherche du consensus des partenaires à l'édification de ce système ;
- l'entretien du dialogue et de la concertation entre les décideurs d'une part, et les autres intervenants (les employeurs, les syndicats des travailleurs, les prestataires de soins, les associations communautaires et professionnelles) d'autre part, permet une vue consensuelle du système proposé.

Ces préalables peuvent être présents à un degré plus ou moins grand, mais et surtout la conduite de l'État rwandais restera toujours indispensable pour amorcer et guider le processus qui débouchera sur l'assurance maladie de base obligatoire pour tout citoyen rwandais et tout résident du Rwanda.

Un élément important de la conduite par l'État consiste à permettre aux différentes parties prenantes et à la population en général d'avoir leur mot à dire dans l'élaboration des politiques sociales. Un débat politique ouvert et l'accès aux informations financières aident la population à prendre confiance dans l'État et dans les organisations qui participent à la mise en œuvre de la couverture maladie universelle.

Le Burundi, à la suite d'une guerre prolongée, n'a pas pu renforcer les systèmes existants de protection sociale en vue de leur extension au secteur informel et rural. Néanmoins, à certains égards, certaines initiatives privées ont fait des avancées remarquables dans ce domaine. Le Burundi est aujourd'hui à la croisée des chemins avec le retour de la paix et commence à s'engager courageusement vers des solutions novatrices dans la protection sociale. Les bonnes pratiques qui se retrouvent dans certains pays d'Afrique pourraient largement inspirer le Burundi dans le choix de sa stratégie nationale de protection sociale.

Les choix démocratiques faits par le Burundi devraient l'inciter à privilégier des systèmes de protection sociale à forte participation populaire, s'il veut en garantir l'appropriation et la durabilité. En effet, la tentation peut être très grande de mettre rapidement en place un système de couverture universelle largement soutenue par les bailleurs de fonds externes. Le retrait de tels bailleurs peut rapidement conduire à la catastrophe comme cela a déjà été le cas pour certaines provinces du pays. Le mouvement mutualiste constitue à cet égard l'alternative la plus durable pour résoudre cette question.

En offrant aux populations l'opportunité de se mobiliser autour des questions de santé, les mutuelles de santé, non seulement pourront résoudre la question de l'accessibilité financière, mais également développer des stratégies pour améliorer la capacité contributive et surtout la cohésion sociale si précieuse pour le pays.

Néanmoins, pour que les mutuelles jouent pleinement leur rôle, le Gouvernement devra prendre des mesures importantes pour leur développement. Il s'agit d'abord de mettre en place un cadre juridique qui les régit au sein d'une politique nationale de protection sociale plus large. Cette dernière devra se traduire en plans opérationnels concrets dotés de moyens pour soutenir la mutualité et assurer sa promotion.

Au même moment les organisations mutualistes avec leurs structures d'appui devront déployer plus d'efforts pour améliorer leur viabilité.

Toutefois, le réalisme voudra qu'en plus de la réorganisation des mesures que le Gouvernement a déjà mises en place depuis 2006 (gratuité des soins de santé en faveur des enfants de moins de cinq ans et des femmes qui accouchent), il soit mis en place un: «Programme pilote d'appui au développement des mutuelles de santé» qui pourrait servir de test et d'exemple.

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

Enfin, le Gouvernement devra affronter dans les meilleurs délais les questions épineuses relatives à la gestion de la terre (regroupement progressif de la population rurale dans des villages), à l'accroissement rapide de la population (programme de planning familial), à l'emploi des jeunes, particulièrement les jeunes désœuvrés en zones urbaines et rurales, etc.

Au niveau des deux pays, il apparaît opportun d'amorcer des études relatives à l'instauration d'un système national de pension de retraite universelle financé par la fiscalité en vue de soutenir les personnes âgées du secteur informel et du monde rural qui n'ont jamais appartenu à un système de protection sociale.

En conclusion vous trouverez la « Déclaration de Bujumbura » qui reprend les principales demandes des acteurs mutualistes au Rwanda et Burundi à propos de l'institutionnalisation des mutuelles de santé. Cette déclaration a été adoptée par ces acteurs lors du séminaire de restitution et validation de cette étude en mars 2010.

## Déclaration de BUJUMBURA

Conscients que la protection sociale constitue un outil efficace de prévention des risques, de réduction de la pauvreté et des inégalités et contribue à la promotion de la paix, la stabilité et la cohésion sociale, Wereldsolidariteit-Solidarité Mondiale (WSM) a commandité une « **étude comparative sur les systèmes de protection sociale au RWANDA et au BURUNDI** ». Cette étude a été validée en date du 01 mars après une large concertation avec différents acteurs.

Des résultats de cet atelier qui a connu la participation des représentants des institutions étatiques, des ONGs, des représentants des mutuelles à la base, des syndicats, et des partenaires de WSM du RWANDA, du BURUNDI et de la RDC, il ressort l'initiative de la déclaration dont la teneur est la suivante :

- Considérant que parmi les obligations premières d'un État figure la protection de ses citoyens;
- Considérant que la protection sociale est un droit fondamental reconnu par la Déclaration Universelle des Droits de l'homme (1948), le Pacte International des Droits Economiques, sociaux et culturels (1966) et beaucoup d'autres instruments juridiques internationaux;
- Considérant que les systèmes de protection sociale existants au Burundi ne couvrent qu'à peine 10% de la population et pour des risques sociaux très limités;
- Considérant que, quoique salutaires, les systèmes communautaires existants ont toujours un taux de pénétration très faible;
- Considérant néanmoins que la stratégie « mutuelle de santé » basée sur l'autopromotion, la gestion démocratique, dans les domaines des prises en charges du risque maladie et à moindre coût présente l'avantage de pouvoir développer des produits adaptés aux besoins des populations particulièrement rurales et de l'économie informelle;

- Vu l'absence d'un cadre légal actualisé régissant les mutuelles de santé au Burundi;
- Vu les opportunités offertes par les stratégies d'extension de la protection sociale en matière de couverture maladie développées au Rwanda et qui peuvent inspirer l'expérience burundaise;
- Considérant la problématique des travailleurs migrants dans la région des Grands Lacs;

Nous, participants à l'atelier de la Restitution de l'étude comparative sur les systèmes de protection sociale au RWANDA et au BURUNDI, tenu à Bujumbura en date du 1er Mars 2010, recommandons :

#### **A l'État de :**

- Impliquer les organisations de la société civile dans le processus de mise en place, de suivi et d'évaluation des politiques visant l'extension de la protection sociale au Rwanda et au Burundi;
- Mettre en place un cadre législatif régissant les mutuelles de santé au Burundi;
- Promouvoir un cadre de concertation entre les Ministères qui interviennent dans la protection sociale au Burundi;
- Harmoniser les textes juridiques de sécurité sociale tenant comptes de la mobilité des travailleurs dans la sous région;
- Instaurer un système de compensation entre les fonctionnaires et les organismes œuvrant en faveur de la sécurité sociale au Burundi;
- Accélérer le processus de mise en place de l'Office National des Pensions et Risques Professionnels (ONPR) en faveur des fonctionnaires et magistrats au Burundi;
- Pour assurer la continuité des carrières des fonctionnaires, l'organisme devra négocier avec l'Institut National de Sécurité Sociale (INSS) la mise en place des mécanismes de compensation;
- Mettre en application les textes légaux impliquant les affiliés dans la gestion de la Mutuelle de la Fonction Publique au Burundi;

- Renforcer les mutuelles de santé en leur octroyant des appuis financier et technique structurels, notamment à travers les subventions et les différents programmes de renforcement des capacités;
- En tant qu'employeur, l'État doit garantir le versement régulier des cotisations des travailleurs, et le respect de l'assiette des cotisations tel que prévu par la loi au Burundi et au Rwanda;

#### **Aux structures d'appui aux mutuelles de santé et aux partenaires au développement au Burundi :**

- Renforcer et rendre dynamique un cadre de concertation entre les structures d'appui pour proposer des mécanismes d'extension adaptés;
- Penser à la stratégie de sortie en vue d'assurer la durabilité des actions de promotion des mutuelles de santé;
- Avoir des programmes de développement des mutuelles de santé qui s'inscrivent dans la durée;
- Promouvoir l'« empowerment » et l'appropriation des mutuelles de santé par la communauté;
- Promouvoir un cadre d'échanges entre les mutuelles de santé appuyés par différents partenaires dans la perspective du développement géographique des mutuelles de la santé;

#### **Aux formations sanitaires du Burundi et du Rwanda :**

- Accepter le droit des bénéficiaires d'apprécier la qualité des soins à travers les mutuelles de santé;
- Améliorer la qualité de l'offre de soins;

#### **Aux mutuelles de santé du Burundi :**

- Mettre sur place un cadre formel de concertation nationale entre les mutuelles de santé, les structures d'appui et l'État en vue d'élaborer une politique pouvant favoriser une institutionnalisation effective des systèmes de protection sociale;
- Promouvoir les alliances avec les formations sanitaires dans les actions de promotion des mutuelles de santé;



- Renforcer et rendre dynamique la capacité de négociation des mutuelles de santé avec les prestataires de soins et si possible avec l'appui d'un médecin conseil;
- Promouvoir l'appropriation des mutuelles de santé par les communautés à la base;

Fait à BUJUMBURA, le 1<sup>er</sup> Mars 2010.



## Bibliographie

### I. Ouvrages consultés:

1. Introduction à la Sécurité sociale, Genève, BIT, 1986
2. La micro-assurance santé en Afrique: Guide en gestion administrative et financière des mutuelles de santé, BIT – STEP, 1ère édition 2001
3. Etendre l'assurance santé au Sénégal: Possibilités à travers les régimes statutaires et les organisations mutualistes, par County FALL: Extension de la Sécurité Sociale – Document n° 9
4. Développement de la sécurité sociale en Afrique francophone: communication, extension, performance, série africaine n° 26
5. Sécurité sociale: un nouveau consensus, Genève, BIT, 2002
6. Les défis que les régimes de sécurité sociale ont à relever en Afrique, série africaine, n° 24
7. Normes relatives au District de Santé: Activités, Infrastructures, Equipements: Ministère de la santé, Rwanda
8. Santé et pauvreté au Rwanda: Reconstruire et réformer les services de santé dans la perspective des objectifs du millénaire pour le développement (OMD): Banque Mondiale, Région Afrique, Département du développement humain; Document de travail (Mars 2005)
9. Organisation et mise en place des mutuelles de santé: Défi au développement de l'assurance maladie au Rwanda. Thèse présentée par Laurent MUSANGO en vue de l'obtention du titre de docteur en sciences de la santé publique (février 2005).
10. Les mutuelles de Santé au RWANDA: Une force pragmatique de mutualisation du risque lié à la maladie. INYARUBUGA Hertilan. Coordonnateur a.i. de la CTAMS
11. Le RWANDA est-il en route vers une Couverture Universelle en Assurance Maladie? MUSANGO L., SEKABARAGA C., INYARUBUGA H, BUTERA J. D.
12. Le profil des membres et des non membres des mutuelles de santé au RWANDA: le cas du district sanitaire de KABUTARE: MUSANGO L., Bruno DUJARDIN, Michèle DRAMAIX et Bart CRIEL (Tropical Medecine and International Health Volume 9 n°1222- 1227. November 2004)
13. L'amélioration de l'accès aux services de santé au RWANDA: Le rôle de l'assureur
14. Enquête sur la prestation des services de soins de santé 2001. Ministère de la santé - Rwanda, Office National de la Population, ORC Macro, Claverton Maryland USA, Juin 2003

15. Crise économique et financement de la santé. A DESTHEXTHE Médecins sans frontières (pages 53-64)
16. L'initiative pour la performance. Health Net International. Ministère de la santé, Rwanda. Bruno MEESEN, Laurent MUSANGO, Jean Pierre KASHALA. Juin 2004
17. Mid-Term evaluation of the Global Fund project Health Systems Strengthening: Assuring Access to quality Care: The missing link to combat AIDS, Tuberculosis and Malaria in RWANDA. July 2007: Vijay Kalavolonda, Nathalie Gross, Jean Claude Karasi
18. HIV/AIDS: Treatment and Care Plan 2003-2007 ( June 2003)
19. RWANDA: Enquête Démographique et de Santé 2005: Institut National de la Statistique, CNLS, TRAC, LBN, MEASURE DHS, ORC Macro. Calverton, Maryland, USA (octobre 2005)
20. L'IDA en Action RWANDA: Redressement, réhabilitation et espoir: <http://www.banquemondiale.org/ida>
21. Perrot, J., La naissance de nouveaux partenariats dans les pays en développement: l'évolution des systèmes de financement des systèmes de santé. OMS
22. Rihanda Barnabé, Autonomie de gestion des hôpitaux au Burundi, limites et perspectives, Université d'Auvergne, France 2004
23. BIT STEP: Manuel de formation des formateurs en micro assurance santé, BIT 2000
24. ABUCO: Étude de faisabilité d'une mutuelle de santé communautaire, AECO Conseils
25. Robert SOETERS: Résultat de l'enquête ménage et de l'enquête qualité de base pour le PBF, Santé Plus, CORDAID et Health net TPO, 2008
26. Deogratias NIYONKURU: Étude de faisabilité pour la mise en place des mutuelles de santé des caféiculteurs du Burundi., ADISCO, février 2009.
27. ADISCO: note adressée par l'ADISCO à la DG de la protection sociale en date du 25 juin sur l'INAMA.
28. Déo NIYONKURU: Appui accompagnement des MSAG. ODAG, WSM/ANMC, CMV, février 2007
29. WSM: Renforcer la protection sociale par l'institutionnalisation des mutuelles de santé au Bénin, WSM, Rapports sur les droits économiques, sociaux et culturels.
30. Le courrier de la Concertation, Concertation, N° 22 décembre 2009
31. Contribution à l'amélioration des mécanismes de financement des soins de santé au Burundi: vers une nouvelle formule de la carte d'assistance médicale (C.A.M.), IDEC, Bujumbura, 2004).
32. Enquête combinée de surveillance des comportements face au VIH/SIDA et d'estimation de la séroprévalence du VIH/SIDA au Burundi, CNLS, 2008
33. Enquête sur les enfants handicapés au Burundi, UNICEF, décembre 2001.
34. ISTEERU, Base des données pour les indicateurs du DHD 2006, Bujumbura, 2008

35. J. RIRANGIRA, Perspectives stratégiques pour une assurance-maladie plus équitable au Burundi. Quel rôle pour le Ministère public ?
36. United Nations Population (UN POP)
37. Study on the linkages between formal social security schemes and community-based social protection mechanisms (BIT/STEP, Kigali)
38. Systèmes innovants en Afrique: Cas du Rwanda, Bernard André, BIT/STEP Dakar (Novembre 2008)

## **II. Documents de référence consultés:**

1. RWANDA Vision 2020; July 2000: Republic of RWANDA; Ministry of finance and economic planning
2. Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP - 2002) - Rwanda
3. Economic Development and Poverty Reduction Strategy (EDPRS: 2008-2012)
4. Politique Nationale de Protection Sociale au Rwanda (Novembre 2005)
5. Politique Nationale de Sécurité Sociale au Rwanda (Mars 2007)
6. Politique Nationale d'Assurance maladie au Rwanda (Mai 2008)
7. Politique Nationale de Développement des Mutuelles de Santé au Rwanda: Ministère de la Santé, novembre 2004
8. Politique du Secteur Santé au Rwanda (février 2005): Ministère de la santé.
9. Plan stratégique du secteur santé (2005-2009): Ministère de la santé - Rwanda.
10. Activisme communautaire dans le partage des coûts des soins de santé au Rwanda: Article OMS, février 2009, INYARUBUGA Hertilan
11. Plan d'action 2005-2006 sur les Mutuelles de santé - Rwanda
12. Cadre stratégique d'appui aux Mutuelles de Santé 2006-2010: Ministère de la santé - Rwanda, janvier 2006.
13. Politique nationale de communication pour le changement de comportements du secteur de la santé: Ministère de la santé -Rwanda, décembre 2006.
14. Guide national pour le soutien et la prise en charge alimentaire et nutritionnelle pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA au RWANDA: Ministère de la santé.
15. Politique Nationale de Nutrition, Octobre 2005: Ministère de la santé (Rwanda): FAO-UNICEF-WFP-CIAT.
16. Human resources for health. Strategic plan 2006-2010. Ministère de la Santé - Rwanda (avril 2006).
17. Ministère de la santé Publique: Plan National de développement sanitaire 2006-2010 au Burundi

18. Ministère du Plan: Étude Nationale Prospective « Burundi Vision 2025 »-volume 2
19. Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté intérimaire (DSRP), 2003 - Burundi.
20. Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, Bujumbura, 2006
21. Plan d'action national pour les orphelins et enfants vulnérables au Burundi, période 2007- 2011
22. Plan stratégique d'investissement pour atteindre les Objectifs du Millénaire en santé et nutrition au Burundi, OMS, UNICEF, Banque Mondiale, 2006
23. Plan stratégique de lutte contre le paludisme au Burundi 2008-2012, MSP, 2007
24. Politique Nationale en faveur des orphelins et autres enfants vulnérables, Bujumbura, septembre 2008

### **III. Conventions et recommandations internationales**

1. Convention n° 102 concernant la norme minimum de la sécurité sociale, BIT, 1952
2. Convention n° 103 concernant la protection de la maternité BIT, 1952
3. Convention n° 118 concernant l'égalité de traitement des nationaux et des non-nationaux en matière de sécurité sociale, BIT 1962
4. Convention n° 121 concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles, BIT, 1964
5. Convention n° 130 concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, BIT, 1969
6. Convention Générale de Sécurité Sociale entre la République du Burundi, la République du Rwanda et la République du Zaïre, Gisenyi, 1978
7. Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, New York, 1948.

### **IV. Textes législatifs et réglementaires**

1. Constitution de la République du Rwanda
2. Code du Travail du Rwanda, Édition 2009
3. Code du Travail du Burundi, Bujumbura 1993
4. Loi n° 24/2001 du 27 avril 2001 portant institution, organisation et fonctionnement d'un régime d'assurance maladie des agents de l'État
5. Loi n° 29/2002 du 19-09-2002 modifiant et complétant la loi n° 24/2001 du 27 avril 2001 portant institution, organisation et fonctionnement d'un régime d'assurance maladie des agents de l'État
6. Loi n° 23/2005 du 12-12-2005 portant création, organisation et fonctionnement de l'Assurance Maladie des Militaires

7. Loi n° 27/2007 du 27-06-2007 portant missions, organisation et fonctionnement de la Rwandaise d'Assurance Maladie
8. Loi organique n° 34/2007 du 13-08-2007 modifiant et complétant la loi organique n° 14/2004 du 26-05-2004 portant dispositions générales applicables aux Etablissements Publics.
9. Loi n° 62/2007 du 30-12-2007 portant création, organisation, fonctionnement et gestion des mutuelles de santé au Rwanda.
10. Codes et Lois du Burundi, 1ère édition, Bruxelles, Maison Larcier, 1970
11. Constitution de la République du Burundi
12. Décret n°100/102/ du 09-06-2008 portant réorganisation du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale
13. Loi n° 1/ 05 du 10 /09/ 2002 portant réforme du régime d'assurance maladie maternité des agents publics et assimilés
14. Loi n° 1/010 du 16 juin 1999 portant Code de la Sécurité sociale
15. Loi n°1/ 011 du 29 novembre 2002 portant réorganisation des régimes des pensions et des risques professionnels en faveur des travailleurs régis par le Code du travail et assimilés
16. Loi n°1/012 du 29 novembre 2002 portant réglementation de l'exercice de l'activité d'assurances
17. Ordonnance ministérielle n° 620/57 du 20 mars 1984 portant création de la carte d'assistance médicale
18. Ordonnance Ministérielle n° 630/172 du 23 mai 1996 portant modification de l'OM n° 620/57 du 20 mars 1984 portant création de la carte d'assistance médicale

## **V. Rapports consultes**

1. Rapport de la Commission pour l'étude des systèmes d'assurance maladie, Association Internationale de la Mutualité par Jean HERMESSE, Madrid, 1993.
2. Adhésions, cotisations, prestations et finances 2006: Rapport interne CTAMS
3. Rapports annuels du ministère de la santé: 2003, 2004, 2005, 2006
4. Rapport annuel des activités 2006. Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé. Ministère de la Santé
5. Rapport sur le travail dans le monde 2000, par la Banque Mondiale
6. Report of the meeting: GTZ-OIT-OMS Consortium conference on social health protection in developing countries: Assuring quality health care through social health protection: The role of purchasing and quality management (Kigali: 31st october-2nd november 2007).

7. Economie Burundaise 2007- Rapport final, Vice Ministère Chargé de la Planification, Bujumbura, 2008.
8. Rapport annuel EPISTAT 2006, Ministère de la Santé Publique –Burundi
9. Rapport de l'étude de faisabilité sur la mise en place d'un régime d'assurance maladie en faveur du secteur informel au Burundi.
10. Rapport d'évaluation actuarielle de la Mutuelle de la Fonction Publique du Burundi, février 2007
11. Rapport provisoire de l'étude actuarielle de l'INSS, 2008
12. Rapport provisoire de l'étude de mise en place d'un régime d'assurance maladie maternité du secteur informel au Burundi, août 2008.
13. Rapport technique de la mission du BIT sur l'extension de la protection sociale au Burundi, Avril 2006.
14. Répertoire des structures dans le domaine du handicap au Burundi: Handicap international, Bujumbura, août 2004 et juin 2007.











