

TRAVAIL ET JUSTICE SOCIALE

LES TRAVAILLEURS INFORMELS, MAJORITÉ DE L'OMBRE

Enquête d'opinion dans six pays sur le travail
informel en Afrique subsaharienne

**Rudolf Traub-Merz, Manfred Öhm,
Julia Leininger, Florence Bonnet
et Henrik Maihack (éd.)**
Septembre 2022



En Afrique subsaharienne, la plupart des travailleurs sont employés de manière informelle et se voient donc généralement privés de tout accès aux soins de santé et à la protection sociale.



Les enquêtes réalisées montrent que l'attente la plus importante pour ces personnes employées de manière informelle concerne l'accès aux services de santé. L'intérêt pour les régimes d'assurance maladie est très marqué et la disposition à payer pour ces services est manifeste.



La pandémie a d'ailleurs été particulièrement rude pour les personnes occupant un emploi informel, qui souffrent d'un accès insuffisant à la protection sociale et aux services de santé.

LES TRAVAILLEURS INFORMELS, MAJORITÉ DE L'OMBRE

Enquête d'opinion dans six pays sur le travail informel en Afrique subsaharienne



La Fondation Friedrich-Ebert-Stiftung (FES), en coopération avec l'Organisation internationale du Travail (OIT) et l'Institut allemand pour le développement et la durabilité (IDOS), a lancé un projet de recherche sur le thème « Emploi informel, sécurité sociale et confiance politique en Afrique subsaharienne », qui comprend une enquête d'opinion sur l'accès aux services de santé, la confiance politique et les raisons incitant les travailleurs et travailleuses à adhérer à des groupes, y compris l'intérêt en faveur de l'appartenance syndicale. Les enquêtes d'opinion ont été menées sous forme d'enquêtes représentatives à l'échelle nationale en suivant un protocole de recherche uniforme pour permettre des comparaisons entre les pays. Le rapport présente les résultats des enquêtes réalisées au Kenya (2018), au Bénin (2018), au Sénégal (2019), en Zambie (2019), en Côte d'Ivoire (2020) et en Éthiopie (2020).



Les résultats des enquêtes donnent à penser que la mise en place de socles de protection sociale complets, notamment d'une couverture sanitaire universelle (CSU), pourrait être déterminante pour réaliser les « Objectifs de développement durable » (ODD) des Nations Unies. Ils indiquent que l'un des principaux défis pour les décideurs politiques en Afrique consiste à veiller à ce que l'accès à la protection sociale dissocie la sécurité sociale de l'emploi. En outre, les résultats suggèrent que cet accès est souhaité par la majorité des personnes occupant un emploi informel, qui représentent dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne 80 à 90 pour cent de l'emploi total. L'accès aux soins de santé constituerait pour elles une opportunité d'adhérer à des régimes d'assurance ou de bénéficier de services de santé gratuits ou subventionnés.



Il ressort des résultats de l'enquête que les personnes occupant un emploi informel accordent une grande importance à l'accès à des services de santé décent. Elles expriment également de l'intérêt pour l'adhésion à des régimes d'assurance-maladie. Le niveau de confiance manifesté par ces personnes à l'égard des gouvernements pour ce qui est d'améliorer la prestation des services sociaux et le degré de légitimité qu'elles accordent aux régimes politiques ont également été mis en lumière. L'enquête fait aussi apparaître des éléments allant dans le sens d'une augmentation de la pauvreté monétaire, en particulier pour les travailleurs informels, privés de toute aide publique, en raison des mesures liées à la pandémie. Elle étudie en outre la volonté des personnes occupant un emploi informel d'adhérer à des groupes qui défendent leurs intérêts, examine les raisons les amenant à adhérer, et permet de comprendre en quelle mesure la main-d'œuvre informelle accepte les syndicats pour s'organiser et représenter ses intérêts.

Plus de détails sous ce lien:
www.fes.de/fr/section-afrique

Sommaire

	AVANT-PROPOS	2
	Cynthia Samuel-Olonjuwon	
1	INTRODUCTION	3
	Manfred Öhm, Julia Leininger et Henrik Maihack	
2	LE RECOURS AUX SOINS MÉDICAUX : COMMENT LES TRAVAILLEURS INFORMELS ÉVALUENT L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ	9
	Rudolf Traub-Merz et Manfred Öhm	
3	PROTECTION CONTRE LE RISQUE FINANCIER – COMMENT LES TRAVAILLEURS INFORMELS PAIENT-ILS LEURS TRAITEMENTS MÉDICAUX ?	21
	Rudolf Traub-Merz	
4	ASSURANCE MALADIE : COUVERTURE ET ABSENCE DE COUVERTURE	28
	Florence Bonnet	
5	LES RETOMBÉES ÉCONOMIQUES DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 SUR L'ÉCONOMIE INFORMELLE : QUI A SOMBRÉ DANS LA PAUVRETÉ ?	45
	Christoph Strupat	
6	CONFIANCE DANS LES INSTITUTIONS ET PERCEPTION DU SYSTÈME FISCAL CHEZ LES PERSONNES EMPLOYÉES DE MANIÈRE INFORMELLE	54
	Armin von Schiller	
7	L'ÉCONOMIE INFORMELLE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE EST-ELLE ORGANISÉE ? ET SI OUI, DE QUELLE MANIÈRE ?	64
	Jürgen Schwettmann et Rudolf Traub-Merz	
8	ORGANISER DANS L'ÉCONOMIE INFORMELLE – L'INTÉRÊT DE LA MAIN-D'OEUVRE INFORMELLE À L'ÉGARD DES SYNDICATS	77
	Rudolf Traub-Merz	
9	NOTES TECHNIQUES SUR L'ENQUÊTE	87
	Michael Frosch, Richard Houessou et Abel Oyuke	
	Liste des figures	90
	Liste des tableaux	91

AVANT-PROPOS

La transition de l'économie informelle à l'économie formelle revêt une importance stratégique pour des centaines de millions de travailleurs et d'unités économiques dans le monde entier, qui travaillent et produisent dans des conditions précaires et vulnérables et sont souvent exposés à la pauvreté, à l'insécurité et à de graves déficits en matière de travail décent. Les décideurs politiques, les universitaires et les organisations de travailleurs et d'employeurs reconnaissent maintenant que la forte prévalence de l'informalité sous toutes ses formes constitue un défi majeur pour la réalisation d'un développement durable. Dans cette optique, le développement de connaissances sur la nature et les caractéristiques de l'emploi informel est essentiel pour soutenir l'action et les processus de dialogue nationaux.

L'informalité est présente dans tous les pays, quel que soit leur niveau de développement socio-économique, même si elle est plus marquée dans les pays en développement. Dans la plupart des pays africains, plus de 80 pour cent et jusqu'à 95 pour cent de la population active gagne sa vie en travaillant dans l'économie informelle. L'informalité dépasse le marché du travail et s'infiltrer dans de nombreux domaines de la vie des individus. Elle détermine la manière dont la population vit et interagit avec l'État et accède aux services publics. Elle conditionne l'approche de la solidarité des individus lorsqu'ils ne bénéficient pas de régimes de protection sociale qui sont pratiquement confinés à l'économie formelle. En Afrique, la pandémie de Covid-19 a touché des sociétés dans lesquelles une majorité de la population ne pouvait pas bénéficier d'un soutien social pendant les périodes de confinement et de réduction des activités économiques. Elle a aggravé les conditions de nombreuses personnes vivant dans l'informalité.

Lorsque des membres de la Fondation Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) m'ont rendu visite en 2017 et proposé un projet de recherche conjoint sur le lien entre l'informalité et la protection sociale, j'ai tout de suite accepté d'y prendre part car ce point est au cœur des défis en matière de travail décent auxquels est confrontée la région. Nous avons rapidement formé une équipe composée d'experts de la FES, de l'Institut allemand pour le développement et la durabilité (IDOS) et de l'Organisation internationale du Travail (OIT). Des collègues d'AfroBaromètre ont rejoint cette équipe pour contribuer à la conception d'un questionnaire visant à évaluer le besoin et l'étendue, ou l'absence, de protection sociale en matière de santé pour les travailleurs de l'économie informelle.

Le questionnaire d'enquête abordait également les stratégies d'adaptation existantes, les points de vue des travailleurs infor-

mels, leur confiance dans les institutions et les formes d'organisation dans l'économie informelle. Il a été testé, plus rapidement que ce qui est habituellement observé dans ce type de coopération interinstitutionnelle, et la première enquête a été réalisée en octobre 2018 au Kenya. Un soin particulier a été porté au fait de recueillir des opinions honnêtes et d'inclure des personnes qui ne sont souvent pas interrogées, en effectuant des entretiens en face à face en langues vernaculaires. À la fin de l'année 2020, il en a été fait de même dans cinq autres pays (le Bénin, l'Éthiopie, la Côte d'Ivoire, le Sénégal et la Zambie). Les enquêtes menées combinaient une étude standard sur l'économie informelle et un sondage d'opinion, c'est-à-dire des faits concrets et des points de vue, des ressentis et des opinions sur la sécurité sociale et la représentation des intérêts dans l'économie informelle.

Le même protocole de recherche a été utilisé pour toutes les enquêtes, il a donc été possible de procéder à des comparaisons des résultats entre les pays et de faire apparaître les spécificités des pays, ainsi que des caractéristiques structurelles dans l'ensemble du continent. Avec l'arrivée de la pandémie dans les pays présélectionnés pour les enquêtes, certains retards dans la réalisation des entretiens ont été inévitables. Pourtant, dès que les circonstances le permettaient, les enquêtes ont été poursuivies, en adoptant toutes les mesures de précaution nécessaires. Bien entendu, certaines parties du questionnaire ont été modifiées pour maintenir le protocole technique en place tout en permettant d'ajouter certaines dimensions liées à la pandémie.

Le rapport présente le fruit de l'étroite collaboration entre la FES, en tant qu'institution principale, l'IDOS et l'OIT. AfroBaromètre y a grandement contribué, notamment avec son protocole de recherche pour la constitution de l'échantillon d'enquête et la sélection des ménages. Les résultats du rapport ont une grande valeur, aussi bien pour les chercheurs que pour les décideurs politiques, et nous espérons qu'ils seront largement consultés.

Je félicite très sincèrement l'équipe qui a travaillé de concert, avec beaucoup de soin, et a réussi à surmonter les nombreux obstacles inhérents à ce type de projets. Je tiens également à faire part de ma gratitude à toutes celles et tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à la réussite de ce projet unique. Je me réjouis de poursuivre la collaboration entre nos organisations.

Cynthia Samuel-Olonjuwon
Directrice générale adjointe et Directrice régionale pour l'Afrique de l'OIT

1

INTRODUCTION

Manfred Öhm, Julia Leininger et Henrik Maihack

L'emploi informel joue un rôle vital dans les économies et sociétés africaines. Dans la plupart des pays africains, entre 80 et 95 pour cent de la population active gagne sa vie en travaillant dans l'économie informelle. Cependant, l'informalité dépasse le marché du travail et s'infiltré dans d'autres domaines de la vie des individus. Elle détermine donc la manière dont la population vit et interagit avec l'État. Généralement, les personnes qui vivent et travaillent dans l'informalité ont moins accès aux services publics par rapport à celles qui tirent leur revenu de l'économie formelle. Elles bénéficient rarement d'une protection sociale et ne sont souvent pas protégées par la législation sociale et du travail. En outre, la pandémie de Covid-19 a aggravé les conditions de nombreux Africains vivant dans l'informalité.

En dépit du rôle essentiel du secteur informel pour les économies et sociétés africaines, certains de ses aspects clés restent encore une vraie boîte noire. S'il existe des statistiques sur le nombre de travailleurs, leur profil et leur lieu de travail dans plus de 140 pays (BIT 2018), dans plusieurs pays africains, en revanche, on ne sait que peu de choses sur les attentes des travailleurs informels en matière de politiques publiques et sur la manière dont ils s'organisent pour défendre leurs intérêts. Le manque de connaissances empiriques sur l'économie informelle brouille également notre vision de la fourniture de biens publics, des relations entre l'État et la société en général et plus spécifiquement de la protection sociale, ainsi que de sa pertinence pour les personnes qui travaillent dans l'économie informelle. Bien que les capacités de nombreux États africains à fournir des biens publics comme une protection sociale soient limitées en comparaison avec d'autres régions du monde (Clement 2020), les gouvernements proposent tout de même des mesures sociales sélectives à une minorité de la population (Bhorat et al. 2019). En outre, les régimes privés de protection sociale sont une option pour les personnes qui en ont les moyens. Beaucoup de bases de données apportent des informations sur les investissements dans les politiques de protection sociale, mais nous en savons très peu sur la distribution ou le caractère adéquat de ces ressources, sans parler des attentes, des conditions et des besoins des personnes travaillant dans l'économie informelle en Afrique subsaharienne. L'inégalité actuelle en matière d'accès à la protection sociale est une question de justice distributive et a des incidences sur la cohésion sociale, c'est-à-dire sur les relations de confiance et de coopération entre les citoyens ainsi qu'entre l'État et la société. Alors que

les effets de la pandémie de Covid-19 risquent de mettre à mal la cohésion sociale et d'accroître le besoin de régimes de protection sociale plus solides, nos informations sur les véritables besoins et opinions des individus – aussi bien dans des situations exceptionnelles comme une pandémie mondiale que dans la vie quotidienne – sont limitées.

1.1 RAISON D'ÊTRE DU PROJET

Le projet de recherche collaborative¹ « Emploi informel, sécurité sociale et confiance politique en Afrique subsaharienne » tente d'ouvrir cette « boîte noire » en apportant de nouvelles connaissances empiriques importantes sur l'informalité au sein des sociétés africaines. Lancé en 2018, avant le début de la pandémie, ce projet a marqué une occasion, à partir de mars 2019, d'intégrer dans les enquêtes des aspects relatifs à la protection sociale pendant la pandémie. Dans l'ensemble, nos enquêtes jettent un éclairage nouveau sur le contexte politique et sociétal plus général du travail informel, ainsi que sur des questions spécifiques liées à l'accessibilité et aux programmes de sécurité sociale existants dans l'économie informelle en Afrique subsaharienne. Ces travaux présentent des données comparatives et détaillées qui n'étaient pas disponibles auparavant sur les attentes et la confiance des travailleurs informels vis-à-vis de la capacité des États à fournir des biens publics, ainsi que sur la manière dont ils s'organisent pour poursuivre des objectifs communs. Pour ce faire, le projet est axé sur les soins de santé et la sécurité sociale, et sur le contexte organisationnel et de gouvernance de l'économie informelle dans six pays d'Afrique de l'Est, d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique australe, entre 2018 et 2021. Les enquêtes portent sur le Bénin, l'Éthiopie, la Côte d'Ivoire, le Kenya, le Sénégal et la Zambie. Ces six pays regroupaient 21 pour cent de la population africaine en 2019 (BM 2021)

¹ Trois partenaires en coopération – l'IDOS, Institut allemand pour le développement et la durabilité (anciennement « Institut allemand de développement » [*Deutsches Institut für Entwicklungspolitik*, DIE], rebaptisé en juin 2022), l'Organisation internationale du Travail et la Fondation Friedrich-Ebert-Stiftung – ont mis en commun leur expertise sur le sujet et leur intérêt pour celui-ci. L'Institut d'études du développement, l'Université de Nairobi et l'*Innovative Research in Economics and Governance* (IREG, Recherche innovante en économie et gouvernance) de Cotonou, ont réalisé les enquêtes dans les différents pays. La Fondation Friedrich-Ebert-Stiftung, en tant que principal promoteur du projet, a bénéficié d'un financement dans le cadre de l'Initiative spéciale SEWOH (« Un seul monde sans faim ») du ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement.

et 26 pour cent de l'emploi informel en Afrique subsaharienne (BIT 2022).

Le projet de recherche a été motivé par l'importance considérable de l'emploi informel et ses implications politiques et sociétales plus vastes en Afrique. Les enquêtes ont été menées dans un contexte de transformation sociale et économique des sociétés africaines, qui met en exergue l'importance croissante de la protection sociale. La croissance démographique et l'urbanisation rapides, conjuguées à une industrialisation insuffisante, aboutissent à un manque d'emplois bien rémunérés. Le manque d'accès aux services publics souligne la nécessité d'améliorer d'urgence la protection sociale et d'étendre la couverture aux personnes occupant un emploi informel.

La pandémie de Covid-19 a accru les besoins de soins de santé et de protection sociale, ainsi que l'attention portée à leur fourniture, dans les pays africains. L'impératif d'une intervention politique appropriée face à la pandémie offre d'une part une occasion politique de renforcer la protection sociale, mais nécessite d'autre part de mieux comprendre la situation en s'appuyant sur de nouvelles données empiriques.

Le projet d'enquête a été entrepris en se fondant sur la conviction que la protection sociale et d'autres services publics constituent des biens publics auxquels les citoyens ont droit pour des raisons de justice distributive. Le rôle important de l'État en tant que fournisseur de biens publics et acteur réglementaire est devenu plus évident non seulement du fait des répercussions négatives de la priorité accordée au développement du secteur privé dans les politiques économiques depuis les années 1980, mais aussi plus récemment en raison de la pandémie de Covid-19.

Le projet a été réalisé en partant du principe qu'un contrat social fonctionnel régissant les relations entre l'État et la société est indispensable pour la mise en place de politiques publiques et pour la redistribution des revenus. Le rôle de l'État en matière de (re)distribution des revenus est particulièrement important pour lutter contre les chocs externes tels que la pandémie.

Jusqu'à récemment, le discours sur le développement de l'Afrique était fortement axé sur la réduction de la pauvreté et la création d'emplois, et l'accent était souvent mis sur le secteur privé. Ces deux sujets sont tout à fait pertinents. Cependant, des approches plus globales et plus intégrées sont nécessaires pour réaliser une transformation structurelle des sociétés et économies africaines qui s'appuie sur le Programme des Nations Unies à l'horizon 2030 et ses 17 Objectifs de développement durable (ODD), en particulier sur la cible 1.3 (protection sociale) et sur la cible 3.8 qui prône la mise en œuvre d'une couverture sanitaire universelle (CSU). L'accès à la santé pour tous constitue également un élément clé de la mise en œuvre de socles de protection sociale, préconisée par l'Organisation internationale du Travail (recommandation n° 202, 2012), et s'inscrit au cœur de la Stratégie africaine pour la santé 2016-2030 de l'Union africaine. De manière générale, il existe un large consensus mondial sur

le fait que des stratégies complètes devraient être élaborées et mises en œuvre pour inclure le secteur informel dans les régimes de soins de santé publics, qui ont tendance à se limiter à l'économie formelle.

1.2 OBJECTIFS DU PROJET D'ENQUÊTE

L'objectif de ce projet d'enquête mené auprès de six pays est triple. En premier lieu, les résultats de ces travaux de recherche devraient nettement améliorer les connaissances empiriques sur la protection sociale dans le secteur informel et son contexte politique et sociétal plus large. Considérer l'emploi informel comme une condition de vie, qui caractérise la situation économique des individus et, plus généralement, les relations entre l'État et la société, offre des renseignements uniques sur, par exemple, l'accès aux biens publics et leur fourniture, l'accessibilité de la protection sociale ou la solidité de la cohésion sociale. De nouvelles données empiriques peuvent orienter la recherche dans différentes disciplines, en particulier les études sur la santé, la protection sociale, le renforcement de l'État et la cohésion sociale. Les données tirées des enquêtes pourraient également mettre en lumière les effets du choc externe qu'a constitué la pandémie de Covid-19 sur les conditions de vie et la fourniture de biens publics dans des contextes informels.

En deuxième lieu, en nous appuyant sur les données empiriques issues des six enquêtes, nous proposons des pistes pour permettre à l'avenir l'élaboration de politiques visant à améliorer l'offre d'une protection sociale pour la grande majorité de la population active africaine. Étant donné que l'enquête empirique comprend des données recueillies juste avant que la pandémie n'éclate et après sa première vague, les résultats figurant dans le présent rapport sont d'une pertinence tout à fait opportune d'un point de vue politique.

Enfin, l'examen du ressenti et des attentes des personnes, ainsi que des faits sur l'inégalité d'accès à la protection sociale et la fourniture inégale de celle-ci, permet de parvenir à des conclusions sur la justice distributive dans un état ou une région. L'objectif du projet de recherche va par conséquent au-delà de la pertinence des politiques en matière de protection sociale. Les résultats donnent à penser que le renforcement des investissements dans la protection sociale aura une incidence positive sur la justice distributive au sein des sociétés africaines.

1.3 DÉFINITIONS

L'emploi informel englobe les groupes professionnels des employeurs, des travailleurs indépendants, des salariés et des travailleurs familiaux collaborant à l'entreprise familiale².

Nos recherches partent du principe que l'accès à la protection sociale est un droit inscrit dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) auquel les personnes de l'économie informelle peuvent prétendre. En employant le terme *protection sociale*, nous faisons référence à la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, qui donne une définition large de la protection sociale, de même que le Rapport mondial de l'OIT sur la protection sociale: « La protection sociale, ou la sécurité sociale, est un droit humain. Elle se définit par un ensemble de politiques et de programmes visant à réduire et prévenir la pauvreté et la vulnérabilité tout au long du cycle de vie »³. Compte tenu du sujet de recherche du projet, nous nous intéressons à l'accès aux dispositifs de protection sociale formels ainsi qu'à l'accès aux *dispositifs de protection sociale informels* et à la pertinence des *systèmes de soutien traditionnels pour les personnes vivant et travaillant dans le secteur informel*, ces deux derniers étant auto-organisés. Cet axe nous permet de rendre compte de différents types de protection sociale, notamment pour les personnes qui vivent dans l'informalité et gagnent leur vie dans l'économie informelle.

La protection sociale est un bien public. Les *biens publics* devraient en règle générale être accessibles à tous les citoyens (ressortissants nationaux), indépendamment de leur lieu de résidence ou de leur activité professionnelle (Wimmer 2018)⁴. Ces biens publics devraient être caractérisés par la « non-rivalité », dans le sens où la consommation d'une personne ne devrait pas changer la quantité disponible pour la consommation des autres. Ils devraient également avoir un caractère non exclusif, c'est-à-dire que nul ne devrait être

² Le terme « emploi informel » utilisé dans les enquêtes du BIT sur la main-d'œuvre recouvre les personnes employées dans une entreprise formellement enregistrée, mais qui se voient refuser l'accès à la sécurité sociale. La terminologie employée associe donc l'économie formelle à l'emploi informel.

³ Cette vision de la *protection sociale* est plus complète que la notion de *sécurité sociale*, qui renvoie parfois à des services sociaux plus spécifiques, et est selon les cas plus ou moins synonyme de protection sociale. Voir, par exemple, la définition énoncée dans le Rapport mondial de l'OIT sur la protection sociale (2017:1): « La protection sociale, ou la sécurité sociale, est un droit humain. Elle se définit par un ensemble de politiques et de programmes visant à réduire et prévenir la pauvreté et la vulnérabilité tout au long du cycle de vie. La protection sociale vous permet d'accéder à des prestations aux familles et à l'enfance, la protection de la maternité, des prestations de chômage, des prestations en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, des indemnités de maladie, des pensions de vieillesse, des pensions d'invalidité, des pensions de survivants ainsi que la protection de la santé. Les systèmes de protection sociale couvrent tous ces domaines grâce à une combinaison de régimes contributifs (assurance sociale) et non contributifs, financés par l'impôt, y compris les régimes d'assistance sociale. » Voir également le nouveau Rapport mondial de l'OIT sur la protection sociale 2020-22. « La protection sociale à la croisée des chemins – bâtir un avenir meilleur. »

⁴ La question de savoir qui est considéré comme un ressortissant national fait elle-même l'objet de luttes politiques et en est le résultat (Kobo 2010).

privé de la possibilité d'en bénéficier. La responsabilité de garantir l'accès aux biens publics incombe aux gouvernements à différents échelons. Ce qui constitue un bien public et la manière dont ces biens peuvent être fournis est donc le fruit de processus politiques, qui sont souvent contestés. Si certains biens publics sont mentionnés avec leurs références dans des déclarations, des pactes et des programmes internationaux (par exemple, le Programme à l'horizon 2030), l'accès aux biens publics dépend toutefois de politiques concrètes, des ressources disponibles et de l'économie politique dans un contexte spécifique. Par exemple, la responsabilité de la fourniture de soins de santé complets incombe à l'État dans certains pays alors que dans d'autres, les prestataires de soins de santé privés occupent une place plus importante.

1.4 APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

L'approche adoptée dans ce projet de recherche sur la protection sociale dans l'économie informelle découle de l'idée selon laquelle les attitudes et les perceptions des individus ont de l'importance pour l'élaboration de politiques. Dans ce cadre, les partenaires de coopération que sont la Fondation Friedrich-Ebert-Stiftung (FES), l'Institut allemand pour le développement et la durabilité (IDOS) et l'Organisation internationale du Travail (OIT), avec le soutien d'instituts de recherche affiliés au réseau d'AfroBaromètre, ont décidé de concevoir une enquête empirique semblable à un sondage d'opinion pour étudier les points de vue de la population.

Nous avons sélectionné les différents pays de manière à rendre compte de la diversité des situations dans l'économie informelle dans divers contextes régionaux et nationaux. La sélection a été réalisée en prenant en considération les tailles des différentes populations. Nous avons retenu des pays variés, petits (15-20 millions d'habitants: Bénin, Sénégal, Zambie), moyens (21-70 millions d'habitants: Kenya, Côte d'Ivoire à l'extrémité inférieure) et de grande taille (71-120 millions d'habitants: Éthiopie). Cette sélection reflète également les différents niveaux de revenu moyen par habitant, qui varient entre les pays les moins avancés (PMA) et les pays à revenu intermédiaire (PRI). L'indice de développement humain est faible dans ces six pays. Par ailleurs, nous avons pris soin d'inclure des pays anglophones et francophones.

La méthodologie de l'enquête est décrite en détail au chapitre 9, qui présente le questionnaire, l'échantillonnage, la collecte et le traitement des données. Les chapitres du présent rapport sont chacun consacrés à différents types de questions de recherche, les auteurs utilisent donc des méthodes diverses, adaptées à chaque question.

1.5 PRINCIPAUX RÉSULTATS ET PISTES POUR L'ÉLABORATION DE POLITIQUES

Parmi les principaux résultats des enquêtes, il ressort que dans tous les six pays, la demande de protection sociale est extrêmement forte, en particulier en matière de soins de santé, mais qu'il existe également d'importantes possibilités de mettre en place des régimes d'assurance-maladie. Toutefois, la confiance de la population dans les gouvernements et d'autres acteurs assurant la sécurité sociale est faible. En outre, les personnes occupant un emploi informel cherchent à s'organiser elles-mêmes afin d'obtenir une partie de la protection sociale qu'elles ne reçoivent pas de l'État.

Les résultats de l'analyse des enquêtes suggèrent un éventail de pistes pour les États, les donateurs internationaux et d'autres acteurs en vue d'améliorer l'offre de protection sociale. En effet, les attentes et préoccupations exprimées dans les enquêtes par les personnes occupant un emploi informel peuvent réorienter les politiques publiques de protection sociale. Les résultats des enquêtes indiquent que la protection sociale ne devrait pas être liée seulement aux contrats de travail, mais aussi mise en place en dehors des relations de travail. Lorsque l'emploi ne donne pas lieu à une protection sociale par le biais de prestations sociales contributives, l'inclusion sociale doit se faire sans contrat de travail. L'amélioration de l'accès aux soins de santé est le service public le plus demandé par les personnes qui travaillent dans l'économie informelle. Plusieurs chapitres du présent rapport sont consacrés aux soins de santé – et plus particulièrement à la demande à cet égard – et à la volonté des individus d'adhérer à un régime d'assurance-maladie et d'acquiescer à une cotisation à cette fin. La période sur laquelle ont été réalisées les enquêtes, qui ont débuté en 2018 et se sont poursuivies jusqu'en 2021, nous a permis d'y inclure des données relatives aux conséquences de la pandémie de Covid-19. Comme nous avons constaté que la population pauvre des villes est le groupe le plus touché par la Covid-19, il est probable que la demande de soins de santé publics augmente encore davantage parmi les personnes qui travaillent dans l'économie informelle.

Sur la base des résultats publiés dans le présent rapport, différentes pistes peuvent être proposées pour mettre en place et améliorer la protection sociale dans l'économie informelle au sein des pays africains.

- Pour les personnes qui ne sont actuellement pas couvertes par des régimes de protection sociale, un financement collectif, une vaste mise en commun des risques et des aides fondées sur les droits sont les conditions clés pour garantir un accès effectif aux soins de santé pour tous, y compris pour les personnes occupant un emploi informel et leur famille et, plus généralement, les personnes du quartile des plus bas revenus.
- Pour tous (assurés ou non), même si la couverture de la population devrait encore être élargie, l'adéquation des prestations en matière de soins de santé doit aussi être renforcée. Il est crucial d'investir dans l'amélioration de la disponibilité de services de soins de santé de qualité. Cela nécessite de garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'adaptabilité et la qualité des services de soins de santé, en permettant un accès effectif dans la pratique ou un accès à un certain niveau, et en fournissant des forfaits de prestations complètes.

Les données empiriques indiquent que la confiance dans les institutions publiques et les organisations intermédiaires sont importantes pour étendre la protection sociale à l'économie informelle. Cependant, nous observons actuellement qu'il existe de grandes réticences vis-à-vis des institutions publiques et intermédiaires. Bien que des évaluations supplémentaires dans d'autres pays que les six concernés ici soient nécessaires, il sera essentiel à l'avenir d'investir pour renforcer la confiance entre l'État et les personnes occupant un emploi informel lorsqu'il s'agira de concevoir des réformes des systèmes sociaux existants avec le soutien du secteur informel.

Le niveau élevé de soutien en faveur d'une répartition plus juste des ressources représente une opportunité à saisir sur le plan politique. Les personnes occupant un emploi informel sont largement favorables aux politiques destinées à la population pauvre. L'enquête démontre également que les travailleurs de l'économie informelle sont prêts à contribuer à la protection sociale en payant des impôts et des taxes.

Tableau 1.1

Caractéristiques des pays électionnés

Pays	Taille de la population*			Niveau de revenu		Influence coloniale	
	petite (15–20)	moyenne (21–70)	importante (71–120)	PMA + faible développement humain	PRI + faible développement humain	anglophone	francophone
Bénin	X			X			X
Éthiopie			X		X		
Côte d'Ivoire		X			X		X
Kenya		X			X	X	
Sénégal	X				X		X
Zambie	X			X		X	

Note: * millions.

Source : compilation de l'auteur fondée sur les Indicateurs de la Banque mondiale pour l'année 2021.

L'organisation de la représentation des intérêts apparaît comme une voie prometteuse pour limiter les déficits de travail décent dans l'économie informelle. Afin d'exploiter ce potentiel, les gouvernements devraient instaurer un environnement politique, juridique, administratif et institutionnel qui facilite l'émergence, la reconnaissance officielle et les activités opérationnelles de groupes de l'économie informelle et qui offre de nouvelles possibilités de dialogue régulier, comme le font les accords tripartites dans le secteur formel. Par le passé, les syndicats ont grandement délaissé l'économie informelle pour le recrutement de membres, mais il existe des possibilités bien réelles pour contribuer à faire entendre la voix des travailleurs informels. Si les syndicats veulent recruter, ils doivent savoir que les intérêts de la main-d'œuvre informelle diffèrent à plusieurs égards de ceux des personnes employées dans l'économie formelle.

1.6 CONCLUSIONS DES CHAPITRES⁵

1.6.1 Soins de santé et protection sociale : accès, disposition à payer et pandémie de Covid-19

L'amélioration de la qualité des soins de santé et de l'accès à ceux-ci constitue, comme le démontrent Rudolf Traub-Merz et Manfred Öhm dans leur chapitre, une demande prioritaire pour les répondants des enquêtes. Les personnes occupant un emploi informel, qui représentent une part majoritaire des marchés du travail dans tous les pays concernés par les enquêtes, attendent de leurs gouvernements qu'ils améliorent l'accès aux systèmes de santé et en fassent leur priorité absolue. La demande de services de santé de meilleure qualité transcende tous les clivages sociaux et spatiaux, et peut être qualifiée de priorité nationale. Les enquêtes démontrent également que les personnes qui ne sont pas en mesure de s'acquitter des frais médicaux s'abstiennent de chercher un traitement lorsqu'elles tombent malades. L'interaction entre les soins médicaux et les revenus dépend largement des politiques nationales des pays en matière de santé.

Le chapitre de Florence Bonnet porte spécifiquement sur la protection financière en matière de santé par le biais de l'assurance-maladie pour les travailleurs occupant un emploi informel (qu'il s'agisse de salariés ou de travailleurs indépendants). Pour ce qui est de l'étendue et de la nature de la couverture de l'assurance-maladie, l'auteure indique, sans surprise, que le droit à la protection sociale en matière de santé est loin d'être universel. Les pays présentent un déficit très important en matière de couverture d'assurance-maladie pour la majorité des travailleurs du secteur informel. Dans tous les six pays, une nette majorité des répondants actuellement non assurés souhaite adhérer à un régime d'assurance-maladie (de 58 pour cent au Bénin à 70 pour cent en Zambie et 81 pour cent en Éthiopie). Malgré leur forte volonté d'adhésion, les travailleurs informels non assurés (qui

représentent de 44 pour cent en Éthiopie à 68 pour cent au Kenya et en Zambie) invoquent comme obstacle principal un manque de moyens financiers.

Christoph Strupat montre que l'activité économique du secteur informel a été fortement impactée par la pandémie. En Côte d'Ivoire et en Éthiopie, 60 pour cent des ménages ont subi des pertes de revenus et 20 à 30 pour cent, en moyenne, ont perdu des emplois et manqué des possibilités d'emploi. Les répercussions négatives les plus graves ont été observées dans les zones urbaines. Les profils des personnes tombées dans la pauvreté monétaire en raison de la pandémie diffèrent considérablement de ceux des personnes qui étaient déjà pauvres avant la pandémie. Les personnes nouvellement pauvres en termes de revenus sont plus urbaines, plus jeunes et ont un niveau d'éducation supérieur par rapport aux populations à faible revenu du passé, qui étaient plus rurales, moins instruites et largement tributaires de l'agriculture. Une proportion plus importante des membres des ménages des nouveaux pauvres en termes de revenus travaillent comme employeurs ou employés informels dans les secteurs de l'industrie manufacturière ou des services. L'effet négatif plus large sur le revenu met en évidence les répercussions dévastatrices de la perturbation de la chaîne de valeur, qui touchent également les personnes vivant dans les zones rurales. En conséquence, la pauvreté monétaire a augmenté d'environ 20 points de pourcentage. La pandémie n'a pas changé le faible niveau d'assistance sociale et les mesures en faveur des personnes occupant un emploi informel restent largement inexistantes dans les pays. Seuls 4 à 7 pour cent des ménages interrogés dans nos enquêtes ont reçu une aide de l'État. Cela s'explique principalement par des problèmes de financement, mais aussi par le déséquilibre important causé par les aides apportées au secteur formel. Cela vaut également pour la protection en matière de santé.

1.6.2 Gouvernance et contexte organisationnel : confiance ou organisation ?

Armin von Schiller montre dans son chapitre que beaucoup pensent que les institutions politiques et sociales ne sont pas particulièrement fiables, et plus encore, qu'elles ne se préoccupent pas réellement des priorités des répondants. La confiance à l'égard des institutions politiques liées à l'exécutif (en particulier le président), ainsi que dans les dirigeants religieux et traditionnels, est cependant plus élevée. Les principales priorités politiques des personnes interrogées concernent les soins de santé et le système éducatif (plus de 50 pour cent de l'échantillon place ces questions parmi ses trois plus grandes priorités).

Il est également essentiel d'étudier la manière dont les personnes occupant un emploi informel perçoivent le système fiscal existant. Alors que, dans certains pays, la majorité considère que ce système est juste, ce n'est pas le cas dans d'autres pays. Dans l'ensemble, les opinions sont divisées. En termes de civisme fiscal, la grande majorité pense que le non-paiement des impôts est répréhensible, mais 40 pour cent des gens – une proportion élevée – estiment que c'est compréhensible. Globalement, les personnes occu-

⁵ Les auteurs des chapitres sont responsables du contenu de leurs chapitres respectifs. Leurs conclusions et recommandations ne reflètent pas nécessairement les points de vue des institutions qui ont participé à ce projet de recherche.

pant un emploi informel manifestent un soutien constant en faveur d'une hausse des impôts (même pour eux), en particulier pour améliorer les services de santé. Elles attendent aussi en très grande partie (plus de 90 pour cent de l'échantillon) de l'État qu'il soutienne les personnes les plus dans le besoin et les plus pauvres, indépendamment de leur capacité (ou incapacité) à contribuer aux recettes fiscales. Concernant la répartition de la charge fiscale, l'idée de demander à toutes les personnes percevant un revenu de contribuer bénéficie d'un large soutien. Les avis sont plus partagés quant à savoir si les riches contribuent déjà suffisamment.

Jürgen Schwettmann et Rudolf Traub-Merz indiquent dans le chapitre relatif à l'organisation qu'un peu plus de la moitié de tous les répondants sont membres d'un groupe, principalement de clubs d'épargne, de coopératives, d'organisations confessionnelles ou de regroupements de résidents. La densité organisationnelle dans l'économie informelle varie considérablement d'un pays à l'autre, mais ne diffère pas énormément en fonction du genre des répondants, de leur âge, de leur lieu de résidence, de leur éducation, de leur statut professionnel ou de leur niveau de revenu. La plupart ont adhéré à un groupe pour obtenir des services économiques, financiers ou sociaux. Il est important de noter que ces groupes ont souvent plusieurs fonctions, car le soutien social pour les membres dans le besoin est une préoccupation transversale qui dépasse les dynamiques organisationnelles dans l'économie informelle. Ces résultats donnent à penser que de nombreux types et formes de groupes de l'économie informelle peuvent jouer un rôle, avec les autorités locales et centrales, pour soutenir les systèmes de protection sociale, y compris pour étendre la couverture sanitaire.

Les organisations de l'économie informelle affichent un degré de formalité étonnamment élevé. Cela leur permet de mettre leurs membres en lien avec le secteur privé et les pouvoirs locaux. La très grande majorité des répondants se dit très satisfaite des services proposés par son groupe, ainsi que de la compétence et de la fiabilité des dirigeants du groupe. Le renforcement des organisations apparaît comme une voie prometteuse pour limiter les déficits de travail décent dans l'économie informelle.

1.6.3 Travail informel et syndicats organisés

Rudolf Traub-Merz montre que l'économie informelle constitue un vaste échiquier comprenant une multitude de relations et de situations professionnelles, dont certaines semblent plus favorables aux syndicats que d'autres. L'enquête est aussi probablement la première jamais menée pour faire la lumière sur la façon dont les travailleurs du secteur informel perçoivent les syndicats dans l'ensemble d'un pays. Les travailleurs informels sont très peu nombreux à savoir que des syndicats existent. Dans tous les pays, une nette majorité n'en a jamais entendu parler ou ne sait pas ce qu'ils font ou défendent. Les personnes qui en ont entendu parler, en revanche, estiment qu'ils jouent un rôle plutôt positif dans leur pays. Bien que l'intérêt pour l'adhésion soit marqué, la volonté de payer les frais d'adhésion est faible. Les syndicats sont considérés comme des organisations qui disposent de

ressources financières importantes et sont donc en mesure de proposer une adhésion à un coût réduit, si ce n'est gratuitement. Il est faux de dire que les intérêts des syndicats et des travailleurs informels sont « naturellement alignés ». Il existe pourtant de nombreuses possibilités de les rapprocher.

RÉFÉRENCES

- Banque mondiale** (2021) : Indicateurs du développement de la Banque mondiale : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.POP.TOTL> (consulté le 4.6.2021).
- Bhorat, H./Cassim, A./Ewinyu, A./Steenkamp, F.** (2019) : Social protection and inequality in Africa: Exploring the interactions, in : *Income Inequality Trends in Sub-Saharan Africa*. Nations Unies.
- BIT** (2003) : Directives concernant une définition statistique de l'emploi informel : https://www.ilo.org/global/statistics-and-databases/standards-and-guidelines/guidelines-adopted-by-international-conferences-of-labour-statisticians/WCMS_087624/lang--fr/index.htm
- (2012) : Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012 : https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:3065524,fr
- (2017) : Rapport mondial sur la protection sociale 2017-19: Protection sociale universelle pour atteindre les objectifs de développement durable [Résumé] : https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_605074/lang--fr/index.htm
- (2021a) : Rapport mondial sur la protection sociale 2020-2022 : La protection sociale à la croisée des chemins – bâtir un avenir meilleur : https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_848691.pdf
- Clement, J.** (2020) : Social protection clusters in sub-Saharan Africa, in : *International Journal of Social Welfare*, 29(1) : 20–28 ; disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1111/ijsw.12378>
- Kobo, O.** (2010) : We are citizens, too: the politics of citizenship in independent Ghana, in : *The Journal of Modern African Studies*, 48(1) : 67–94.
- Wimmer, A.** (2018) : *Nation-building: why some countries come together while others fall apart*. Princeton : Princeton Studies in Global and Comparative Sociology.

2

LE RECOURS AUX SOINS MÉDICAUX: COMMENT LES TRAVAILLEURS INFORMELS ÉVALUENT L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ

Rudolf Traub-Merz et Manfred Öhm

2.1 INTRODUCTION

La protection de la santé constitue un pilier essentiel de la protection sociale. L'accès aux soins de santé est un besoin humain fondamental, et il est primordial, comme nous le montrons dans le présent chapitre, de pouvoir accéder aux services de santé lorsque nécessaire. Les personnes occupant un emploi informel, qui représentent la grande majorité des employeurs, des salariés et des travailleurs indépendants dans les six pays de l'enquête, attendent de leurs gouvernements qu'ils améliorent l'accès aux systèmes de soins de santé, et estiment qu'il s'agit-là d'une priorité absolue en ce qui concerne l'amélioration des services publics.

La préoccupation centrale des politiques gouvernementales en matière de santé devrait être de mettre en place un système de soins médicaux accessible à toutes les personnes malades et qui ont besoin d'une prise en charge. L'accessibilité des services médicaux est déterminée par l'offre et la demande. Sans entrer dans les détails, l'accès à la santé ¹ est une notion pluridimensionnelle et peut être évalué en fonction de trois dimensions principales : (a) la disponibilité des services médicaux : il devrait exister des services de qualité et en quantité suffisante là où ils sont nécessaires ; (b) le caractère abordable : la mesure dans laquelle les individus peuvent payer les soins médicaux – si les soins de santé sont dispensés moyennant des frais et que les coûts sont supérieurs aux moyens dont disposent les segments les plus pauvres de la société, les soins médicaux peuvent être disponibles sur le plan matériel mais rester inabordables d'un point de vue financier ; c) l'acceptabilité : la mesure dans laquelle un service médical répond aux besoins culturels et aux attentes d'une communauté. Ainsi, l'accès à la santé associe la disponibilité des soins de santé, la capacité à payer les coûts induits et les normes en matière de santé culturellement acceptées. Certaines de ses dimensions sont des facteurs liés à l'offre, tandis que d'autres reflètent les conditions sociétales de la demande.

Dans le présent chapitre, nous nous intéressons au recours aux soins médicaux par les personnes occupant un emploi informel. Nous n'y évaluons pas le degré de satisfaction des patients pour les services dont ils bénéficient lorsqu'ils se rendent dans des établissements médicaux. Au lieu de cela,

nous cherchons à déterminer à quel point il est important pour les personnes d'avoir accès à des services de santé de qualité et à quelle fréquence elles recourent à des soins médicaux. Nous commençons par déterminer dans quelle mesure les soins médicaux sont disponibles en cas de besoin. Les points de vue des répondants sont examinés au regard de leur lieu de résidence, leur revenu, leur âge et leur genre. Nous dressons une vue d'ensemble de la manière dont le recours aux soins médicaux dépend des disparités socio-économiques, avant de nous pencher sur la hiérarchie des besoins des personnes interrogées. En leur demandant d'indiquer à partir d'une liste quels services publics sont prioritaires, nous sommes en mesure d'établir un classement en fonction de l'urgence. À partir de là, nous pouvons montrer comment les personnes ajustent la hiérarchie de leurs besoins selon la fréquence à laquelle elles ont recours à des soins médicaux. Bien qu'aucune analyse détaillée ne soit fournie sur la disponibilité des services médicaux, certains indicateurs de l'offre sont néanmoins pris en compte et montrent que la demande d'amélioration des services de santé est inversement proportionnelle à la disponibilité des soins médicaux.

2.2 LE RECOURS AUX SOINS MÉDICAUX

Afin d'évaluer le degré d'ouverture d'un système de soins de santé et de mieux comprendre les obstacles susceptibles d'empêcher le recours à un traitement médical, nous avons demandé aux personnes interrogées la fréquence à laquelle elles sont en mesure d'accéder à des soins médicaux². La question était formulée comme suit : « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-ce que vous (ou un membre de votre famille) avez dû faire face aux situations "Manque de médicaments ou de soins médicaux" ?^{3, 4} »

² Nous limitons ici notre analyse à un seul aspect de l'évaluation du recours aux services médicaux. Un document plus approfondi portant sur l'évaluation de la qualité des services et comparant les établissements de santé publics et privés sera publié ultérieurement.

³ Cette question fait partie d'une série de cinq questions qui portent sur la nourriture, l'eau potable, le combustible destiné à la cuisine et le revenu en espèces, qui est utilisée pour élaborer un indice de pauvreté vécue. Nous suivons ici l'approche d'AfroBaromètre (AB) et saluons son travail dans ce domaine.

⁴ Dans notre analyse des données, nous ne tenons compte que des ménages qui, en réponse à une autre question, ont indiqué des cas de maladie au cours des 12 derniers mois. Les réponses des ménages n'ayant pas signalé de cas de maladie ont été ignorées. Pour les cas, consulter le Tableau 2 en annexe.

¹ Le terme « accès à la santé » va au-delà de l'accès aux services de santé et englobe aussi l'accès à l'eau potable et à des aliments sains.

La question ne concernait pas uniquement le répondant mais tous les membres de sa famille. Elle ne porte pas sur la fréquence de la maladie ni sur le nombre de visites ou l'absence de visite dans des établissements médicaux. Elle demande plutôt aux personnes interrogées de réfléchir à la fréquence de leur besoin de soins et d'indiquer si elles ont effectivement bénéficié d'un traitement. Nous obtenons ainsi les points de vue des répondants quant à la disponibilité des soins médicaux en cas de besoin. Les personnes interrogées pouvaient donner leur avis sur le nombre de fois où un traitement a été reçu ou juste laisser parler leur intuition. Dans un cas comme dans l'autre, la question met en lumière la perception des personnes de leur capacité à recourir à des services de santé lorsqu'elles en ont besoin.

2.2.1 Recours aux soins médicaux – disparités entre les pays

Les réponses à notre question font apparaître des différences majeures et nous permettent de classer les six pays en fonction du degré auquel les soins médicaux sont considérés comme disponibles (Figure 2.1). Au Kenya et en Zambie, une majorité de près de 70 pour cent a déclaré que les soins médicaux sont toujours ou presque toujours disponibles en cas de besoin. Toutefois, environ 10 pour cent se sentent encore marginalisés, car ils n'ont pu obtenir des soins médicaux que très difficilement.

Au Sénégal et au Bénin, 30 et 32 pour cent respectivement se trouvent dans une situation qui les empêche presque toujours ou toujours de bénéficier de soins médicaux quand ils en ont besoin. Dans ces pays, les personnes qui se passent la plupart du temps ou systématiquement de soins médicaux sont près de trois fois plus nombreuses qu'au Kenya et en Zambie. Les deux autres pays se situent au milieu, la Côte d'Ivoire penchant davantage vers le Bénin et le Sénégal et l'Éthiopie se rapprochant du Kenya et de la Zambie. Nous

pouvons parler d'un fossé entre l'Afrique de l'Est et l'Afrique de l'Ouest concernant la disponibilité perçue des soins médicaux. Les personnes interrogées au Bénin, au Sénégal et en Côte d'Ivoire, évaluent moins bien la disponibilité des soins médicaux par rapport à celles au Kenya, en Zambie et en Éthiopie.

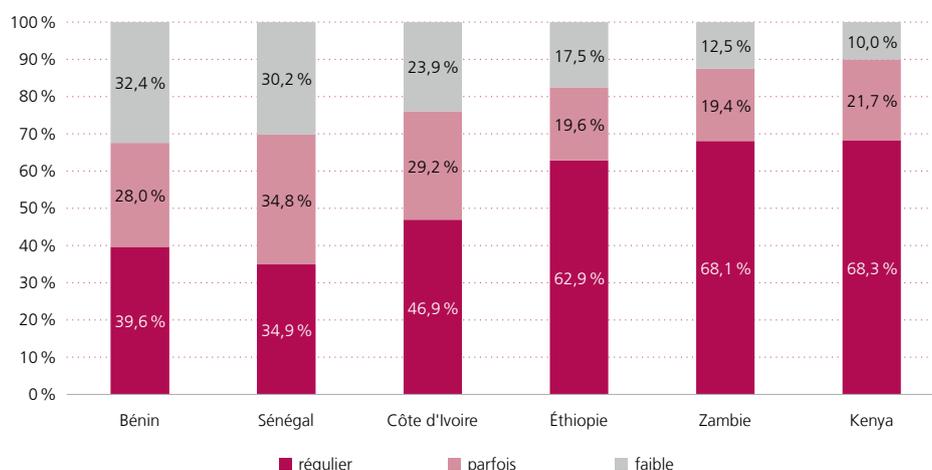
2.2.2 Recours aux soins médicaux – inégalités par lieu de résidence urbain/rural

Le facteur du lieu de résidence confirme l'existence d'un classement des pays en ce qui concerne le recours aux soins médicaux. Au Kenya et en Zambie, le lieu de résidence n'a que peu voire pas du tout d'importance pour le recours aux soins médicaux⁵. À en juger par nos enquêtes, le Kenya et la Zambie semblent avoir comblé le fossé rural/urbain à cet égard (Figure 2.2).

Au Sénégal, au Bénin et en Côte d'Ivoire, le milieu de vie devient un facteur de distorsion. Alors qu'en milieu urbain, quelque 44 à 56 pour cent des répondants confirment avoir régulièrement recours aux soins médicaux, ce n'est le cas que pour 25 à 38 pour cent des habitants des zones rurales. L'Éthiopie indique un fossé similaire entre les résidents urbains et ruraux. En Éthiopie, toutefois, le recours aux soins médicaux est fortement assuré pour les deux groupes, l'écart au niveau du recours relatif – que nous pourrions appeler le facteur de discrimination urbain/rural – est donc plus faible.

5 Nous avons simplifié l'appréciation des données en regroupant les cinq possibilités de réponse en deux groupes. Lorsque les répondants n'ont « jamais » ou « juste une ou deux fois » manqué de médicaments ou de soins médicaux, nous parlons de « recours régulier aux soins médicaux » ; lorsqu'ils ont répondu avoir manqué de médicaments ou de soins médicaux « plusieurs fois » ou « à chaque fois », nous parlons de « faible recours aux soins médicaux ». La catégorie intermédiaire « plusieurs fois » est ignorée.

Figure 2.1
Recours aux soins médicaux

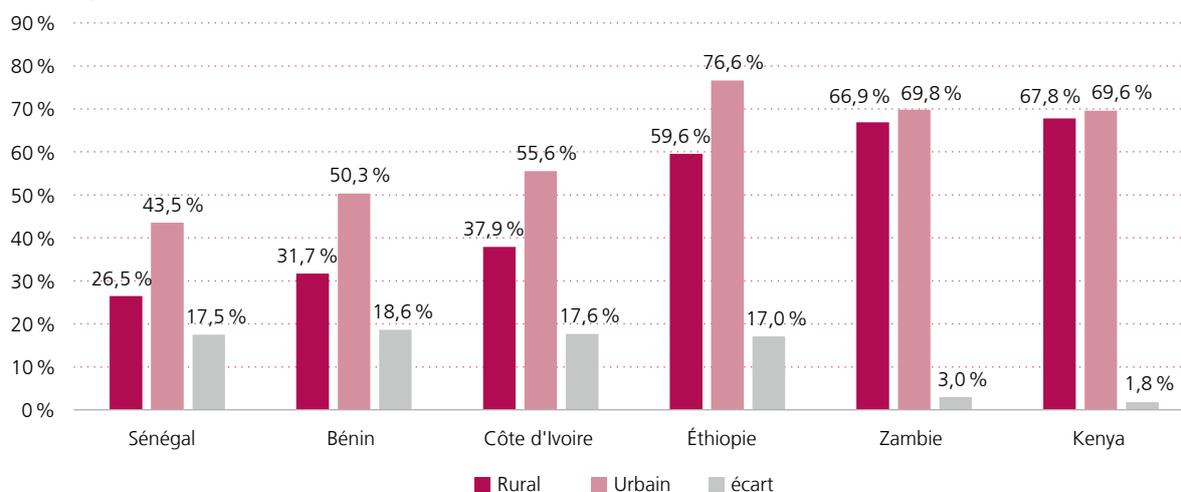


Question : « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-ce que vous (ou un membre de votre famille) avez dû faire face aux situations « Manque de médicaments ou de soins médicaux ? » Réponses possibles : jamais ; juste une ou deux fois ; quelques fois ; plusieurs fois ; toujours.

Note : les ménages ne sont inclus que s'ils ont indiqué des cas de maladie au cours des 12 derniers mois.

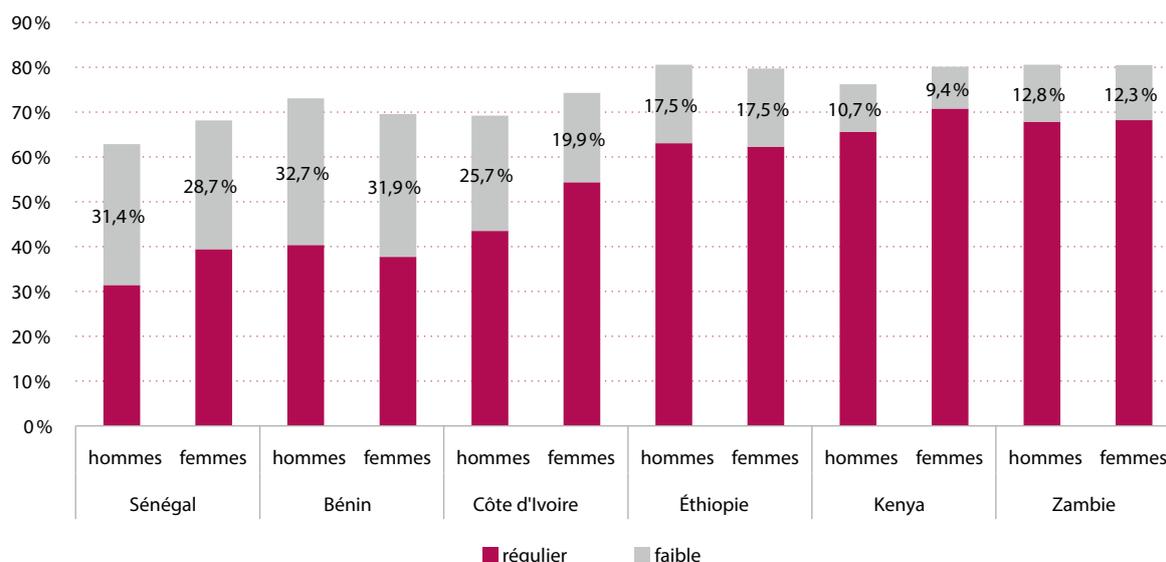
Définitions : recours régulier aux soins médicaux = « manqué de soins médicaux » : jamais ou juste une ou deux fois ; faible recours aux soins médicaux = « manqué de soins médicaux » : plusieurs fois ou toujours.

Figure 2.2

Recours régulier aux soins médicaux, par lieu de résidence urbain/rural

Note : les ménages ne sont inclus que s'ils ont indiqué des cas de maladie au cours des 12 derniers mois.

Figure 2.3

Recours aux soins médicaux, par genre

Note : les ménages ne sont inclus que s'ils ont indiqué des cas de maladie au cours des 12 derniers mois.

2.2.3 Recours aux soins médicaux – inégalités par genre

Pour en savoir plus sur la sensibilité au genre dans le recours aux services médicaux, nous avons divisé notre échantillon entre les ménages dirigés par des hommes et ceux dirigés par des femmes. Le chef de famille (homme ou femme) a répondu à la question pour tous les membres sans faire de distinction entre les hommes et les femmes au sein de son ménage.⁶

⁶ Nous partons de l'hypothèse que les chefs et cheffes de famille n'appliquent pas de biais au moment d'évaluer les cas de maladie dans leur ménage. Par conséquent, les réponses peuvent être considérées comme un indicateur approximatif pour évaluer le recours aux services médicaux en fonction du genre.

La Figure 2.3 reproduit les réponses en fonction du sexe du chef de famille. Aucun des pays n'indique de différence considérable en matière de recours aux soins médicaux entre les ménages dirigés par des hommes et ceux dirigés par des femmes. Le Sénégal et la Côte d'Ivoire sont juste en dessous du seuil de signification tandis que les quatre autres pays présentent un degré élevé de conformité. À partir des données tirées de nos enquêtes, nous ne sommes donc pas en mesure de déterminer si le sexe du chef de famille a une influence sur le recours aux soins médicaux au sein du ménage.

2.2.4 Recours aux soins médicaux – inégalités par revenu

Un examen de l'incidence des revenus des ménages sur le recours aux soins médicaux révèle une configuration des

inégalités légèrement différente. Les revenus des ménages des personnes interrogées ont été regroupés en quatre catégories: les « extrêmement pauvres » (revenu mensuel du ménage inférieur à la moitié du salaire minimum légal), les « modérément pauvres » (revenu mensuel du ménage compris entre la moitié du salaire minimum et le salaire minimum), les « non pauvres » (revenu mensuel du ménage compris entre le salaire minimum et deux fois celui-ci) et les « riches » (revenu mensuel du ménage plus de deux fois supérieur au salaire minimum)⁷. Au regard de ces classes de revenu, cinq pays indiquent qu'il existe une corrélation positive. Au Sénégal, au Kenya, au Bénin, en Côte d'Ivoire et en Éthiopie, le recours aux soins médicaux est plus fréquent lorsque le revenu augmente. En Zambie, l'effet est négligeable. La Zambie est donc le seul pays dans lequel le revenu ne détermine pas si les personnes ont recours ou non à des soins médicaux (voir Figure 2.4).

La situation de nombreuses personnes pauvres au Sénégal et au Bénin est catastrophique. Près de 40 pour cent des ménages dont le revenu est inférieur à 50 pour cent du salaire minimum légal – c'est-à-dire les personnes que nous qualifions d'« extrêmement pauvres » – n'ont presque jamais recours à des soins médicaux (42,9 pour cent au Bénin ; 39,5 pour cent au Sénégal). La situation n'est que légèrement meilleure en Côte d'Ivoire et en Éthiopie. Un quart des personnes interrogées indiquent ne pas avoir utilisé des services de soins de santé. Au Kenya et en Zambie, cette proportion est nettement plus faible, avec respectivement 13,7 pour cent et 13 pour cent.

Un revenu plus élevé ne constitue pas en soi une condition suffisante pour obtenir des soins médicaux. Même au Kenya, seulement 90,5 pour cent du segment ayant le revenu le plus élevé indique recourir systématiquement à des soins de santé. Au Bénin et au Sénégal, moins de la moitié des « riches » ont répondu par l'affirmative. Les « riches » se portent légèrement mieux en Côte d'Ivoire, en Zambie et en Éthiopie. Le niveau de revenu favorise clairement le recours aux soins médicaux, mais pas pour tous, et un nombre important de personnes relativement aisées ne bénéficient toujours pas de soins médicaux. Nous pouvons donc supposer que les pénuries au niveau de l'offre ont aussi une influence importante à cet égard⁸.

2.2.5 Discussion⁹

Tous les pays concernés par l'enquête comptent encore un grand nombre de citoyens pour lesquels le recours aux

⁷ Il n'y a pas de salaire minimum légal en Éthiopie. Les classes de revenu ont été définies en tant que multiples de 1 500 birrs.

⁸ Nous devons une fois encore souligner que cette évaluation porte sur le recours aux soins médicaux et non pas sur la qualité de la prise en charge médicale, ni sur la satisfaction à l'égard des soins médicaux reçus. Il est possible que la qualité de la prise en charge médicale dépende à mesure égale du revenu et de la capacité des personnes à payer pour des soins d'une qualité plus ou moins élevée. Si tel est le cas, les inégalités découlant des disparités de revenu pourraient être encore plus marquées.

⁹ Le présent chapitre n'inclut pas d'analyse du recours aux soins médicaux en fonction de l'âge et du niveau d'éducation. L'âge du chef de famille n'est pas statistiquement corrélé au recours aux soins mé-

dicux (voir Tableau 2. A3 en annexe), contrairement à son niveau d'éducation (voir Tableau 2. A4 en annexe), qui est, lui, étroitement lié au revenu, et apporte le même éclairage sur les disparités sociales que le revenu.

soins de santé ne peut être qualifié que de précaire. Alors même que les pays affichant les meilleurs résultats dans le groupe d'enquête sont loin d'assurer la prestation de soins pour tous, il existe de profondes différences entre les pays, ce qui mérite d'être souligné. Même s'il n'est pas opportun ici de comparer en détail la manière dont les répondants perçoivent la disponibilité des services de santé, un simple regard sur les statistiques de l'OMS indique immédiatement d'énormes différences nationales qui correspondent aux points de vue exprimés par les personnes interrogées. Le Kenya et la Zambie s'en tirent mieux que le Bénin et le Sénégal en ce qui concerne tous les indicateurs énumérés dans le Tableau 2.1, tandis que l'Éthiopie et la Côte d'Ivoire se situent au milieu. Le Kenya et la Zambie consacrent une part plus importante de leur PIB à la santé, ce qui se traduit également par des dépenses par habitant plus élevées. Point important, la part des dépenses d'investissement dans les soins de santé primaires est nettement plus élevée, ce qui accroît l'offre de soins de santé en faveur de la population pauvre. Ces pays emploient davantage de personnel médical et infirmier pour dispenser des soins aux patients. Les contributions personnelles, qui mesurent la part des paiements directs provenant de sources personnelles pour des biens et services de soins de santé, servent d'indicateur du fardeau que les coûts de santé font peser sur un ménage. À cet égard également, le Kenya et la Zambie enregistrent de bien meilleurs résultats que les quatre autres pays. Il est clair que la Zambie¹⁰ et le Kenya consacrent davantage de budget aux soins de santé primaires et semblent offrir un accès facilité aux soins médicaux, les obstacles au financement social étant moins nombreux qu'au Bénin et au Sénégal. La Côte d'Ivoire et l'Éthiopie occupent une position intermédiaire. Elles affichent des résultats relativement meilleurs à certains égards et moins bien à d'autres¹¹. En ce sens, les indicateurs de l'offre pour les services de santé correspondent aux points de vue exprimés par les répondants sur le recours aux soins médicaux.

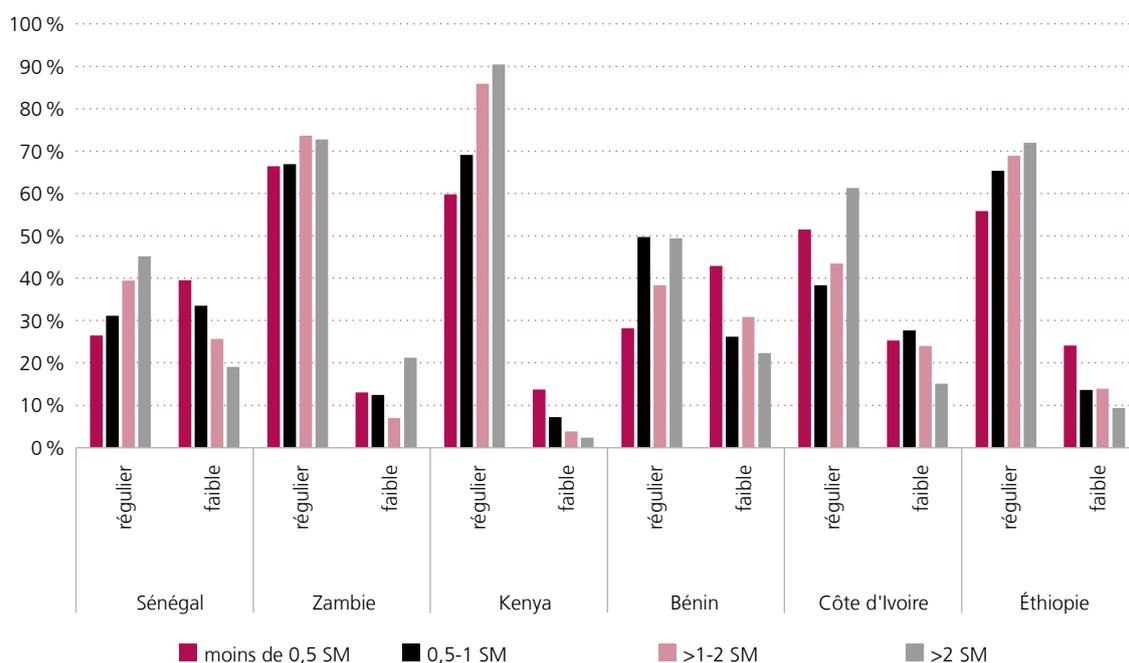
2.3 DEMANDE DE SERVICES PUBLICS DE MEILLEURE QUALITÉ

Afin d'évaluer les attentes de la population en matière d'amélioration des services publics, nous avons identifié et proposé à la sélection huit services considérés comme des « responsabilités clés » de l'État envers la société: « les écoles et le système éducatif », « les services de santé », « l'approvisionnement

¹⁰ La Zambie, dans le cadre du Programme de soins de santé national (National Health Care Package, NHCP), propose un ensemble de prestations gratuites de soins de santé primaires (au niveau des districts). Les contraintes de capacité et le manque de financement ne permettent pas toujours un accès illimité aux soins médicaux dans le cadre du NHCP. Pour plus de détails, voir: OMS (2017)

¹¹ Tandis que certains pays s'en tirent mieux que d'autres par rapport à un indicateur spécifique, aucun d'entre eux ne s'approche du ratio de 4,5 travailleurs pour 1 000 personnes que l'OMS estime nécessaire pour atteindre la cible de l'ODD relatif à la couverture de santé universelle.

Figure 2.4

Recours aux soins médicaux, par niveau de revenu

Note : les ménages ne sont inclus que s'ils ont indiqué des cas de maladie au cours de 12 derniers mois. L'Éthiopie n'ayant pas de salaire minimum légal, nous utilisons 1 500 birrs/mois comme substitut.

Tableau 2.1

Dépenses de santé et disponibilité du personnel médical (plusieurs indicateurs, 2018)

	Sénégal	Bénin	Côte d'Ivoire	Éthiopie	Kenya	Zambie
Dépenses de santé actuelles (DSA) en % du produit intérieur brut (PIB)	3,98	2,49	4,19	3,29	5,17	4,93
Dépenses de santé actuelles (DSA) par habitant en PPA	146,4	83,2	176,3	66,6	179,2	208,4
Dépenses en matière de soins de santé primaires (SSP) en % des dépenses de santé actuelles (DSA)	65,9	n,a	80,4	82	72,5	78,5
Dépenses en matière de soins de santé primaires (SSP) par habitant en PPA	96,5	n,a	141,7	54,6	129,9	163,6
Médecins (pour 10 000 habitants)	0,691*	0,791	2,314***	0,769	1,565	1,628**
Personnel infirmier/sage-femmes (pour 10 000 habitants)	3,127*	3,888	6,048	7,135	11,656	13,376
Contributions personnelles en % des dépenses de santé actuelles	55,9	45,5	39,4	35,5	23,6	10

Note: * = 2017; ** = 2016; *** = 2014.

Source : <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/fr>; <https://apps.who.int/gho/data/node.main>

en eau », « les routes et les ponts », « l’approvisionnement en électricité », « les retraites des personnes âgées », « les programmes alimentaires en temps de crise » et « les services de police »¹². Les répondants ont¹³ dans un premier temps été invités à indiquer dans chaque cas si le gouvernement devrait améliorer un des services figurant sur la liste. Ensuite, il leur a été demandé de classer les services par ordre de priorité (première, deuxième et troisième priorités)¹⁴.

2.3.1 Priorités d’amélioration des services publics

La Figure 2.5 donne une vue d’ensemble des réponses des personnes interrogées quant à leur plus grande priorité sur la liste.

Les données font apparaître des similitudes et des différences entre les pays et mettent en évidence la place centrale de « l’amélioration des services de santé » et de « l’amélioration des écoles et du système éducatif » parmi les priorités absolues des personnes occupant un emploi informel.

- Dans tous les six pays, « l’amélioration de la santé » est classée en première ou en seconde position ; au Bénin, au Sénégal et en Côte d’Ivoire, il s’agit de la première de loin ; au Kenya, en Zambie et en Éthiopie, elle est reléguée de peu à la seconde place ; en moyenne, dans

les six pays, 31,5 pour cent des personnes interrogées citent « l’amélioration des services de santé » comme leur premier choix.

- Une importance similaire est accordée à « l’amélioration des écoles et du système éducatif ». Au Kenya et en Zambie, les écoles et le système éducatif arrivent en première position devant la santé ; au Sénégal et en Côte d’Ivoire, ils sont classés en seconde position ; ils ne sont « relégués » aux troisième et quatrième rangs qu’au Bénin et en Éthiopie.
- Le bas du classement ne présente aucune ambiguïté. Dans tous les pays, l’« amélioration des services de police » et l’« amélioration des retraites des personnes âgées » se trouvent tout en bas de la hiérarchie de la demande.
- Cinq pays sur six comprennent un groupement central constitué de plusieurs composantes infrastructurelles : « amélioration de l’approvisionnement en eau », « amélioration des programmes alimentaires en temps de crise », « amélioration des routes et des ponts » et « amélioration de l’approvisionnement en électricité ». Ces services changent de rang d’un pays à l’autre, mais aucun n’arrive premier ou dernier.
- L’Éthiopie est un cas à part. Les répondants ont placé l’amélioration de l’approvisionnement en eau et l’amélioration des routes nettement plus haut dans leur hiérarchie des besoins par rapport aux répondants des autres pays. Les exigences d’amélioration des services infrastructurels sont au même niveau que les exigences d’amélioration des services de santé.

2.3.2 Demande de services de santé par lieu de résidence, âge, revenu et genre

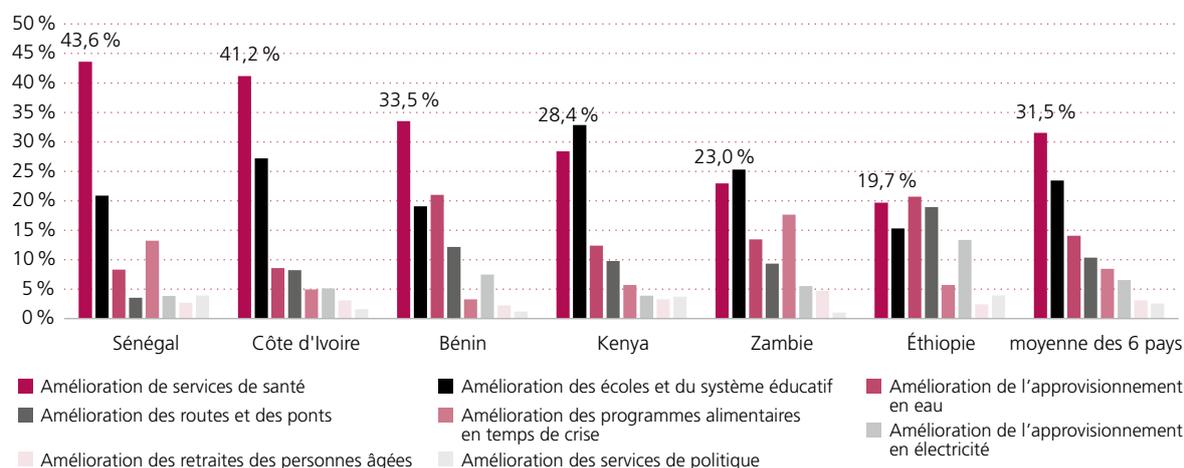
La demande d’un service met en évidence l’écart entre les besoins et la pénurie de l’offre. Plusieurs facteurs sont susceptibles d’influencer les différentes perceptions de l’écart

¹² Voir Traub-Merz et Öhm (2021 : annexe I) pour plus d’informations sur l’élaboration du classement des services.

¹³ Les entretiens étaient structurés en deux parties. La question relative au recours aux soins médicaux relevait de la première partie et a été posée au chef de famille ; le classement des services publics constituait la deuxième partie et a été établi par la « personne sélectionnée ». Cette dernière était aussi dans 60 pour cent des cas le chef de famille, mais dans 40 pour cent des cas il s’agissait d’un autre membre du ménage. Nous avons comparé les réponses des deux groupes (chef de famille contre autre membre du ménage) et n’avons constaté aucune différence statistiquement pertinente. Bien entendu, les membres d’un même ménage peuvent être considérés comme une communauté de normes (*Normengemeinschaft*), échanger des avis sur la qualité des services publics et « parvenir à une vision commune ». Nous n’avons par conséquent pas trouvé matière à séparer les répondants entre les chefs de famille et les autres membres.

¹⁴ Nous nous limitons ici aux réponses données pour la première priorité.

Figure 2.5
Demande de services publics de meilleure qualité (priorité absolue)



entre l'offre et la demande. Nous en étudions ici quatre, à savoir le lieu de résidence (urbain/rural), l'âge, le revenu et le genre.

A. LE CLIVAGE URBAIN-RURAL

Les zones rurales et urbaines présentent principalement des différences au niveau de la prestation de services publics. Les villes à forte densité de population sont généralement dotées d'infrastructures physiques avant les zones éloignées. En général, la disponibilité des biens publics tels que les routes, l'eau et l'électricité, est proportionnelle à la densité de population, tout comme l'existence d'établissements de santé. Nous ne nous intéressons toutefois pas à des indicateurs d'approvisionnement absolus, mais à la position relative de la demande en matière d'amélioration des services de santé, qui fait apparaître la hiérarchie des besoins personnels et peut varier par rapport à la dimension factuelle de l'offre. Les résultats sont présentés dans la Figure 2.6.

Au Kenya, en Éthiopie, et dans une certaine mesure en Côte d'Ivoire, nous observons quelques variations de la demande de services de santé. Dans ces pays, les habitants des zones urbaines privilégient davantage la santé que les résidents ruraux. Dans d'autres pays, l'urgence avec laquelle la santé est recensée comme première priorité n'est pas liée au lieu de résidence. Dans l'ensemble, les différences constatées au niveau des priorités ne nous permettent pas de parler d'un clivage urbain-rural important.

B. L'ÂGE

Il est difficile de présager de l'influence de l'âge sur les priorités des personnes en matière d'amélioration des services publics. La population âgée pourrait être plus intéressée par des améliorations des services de police, des services de santé, de l'approvisionnement en eau et de la disponibilité des retraites. Les groupes plus jeunes pourraient donner la priorité à l'éducation, au raccordement électrique et aux

infrastructures de transport pour améliorer leur mobilité (notamment sociale). Lorsque des personnes âgées et des jeunes vivent ensemble au sein d'un même foyer, leurs discussions sur les déficits de services publics peuvent, à terme, entraîner une harmonisation de leurs priorités. Les résultats sont illustrés à la Figure 2.7, dans laquelle nous comparons, pour différents groupes d'âge, la priorité donnée à l'amélioration des services de santé par rapport à celle donnée à l'accès aux retraites.

Notre hypothèse selon laquelle les personnes âgées réorientent leurs priorités des soins de santé aux retraites a été confirmée au Kenya, en Zambie et, dans une moindre mesure, en Côte d'Ivoire, mais pas au Sénégal, ni au Bénin, ni en Éthiopie. Dans ces trois derniers pays, il existe une grande conformité entre les demandes des différents groupes d'âge.

L'effet du biais de l'âge sur la demande de retraites est particulièrement prononcé au Kenya, où les personnes de 65 ans et plus réorientent leurs priorités vers les retraites au point que la demande de meilleures retraites dépasse même la demande de services de santé de meilleure qualité. Tous les autres groupes d'âge dans les autres pays manifestent une nette préférence pour l'amélioration des services de santé et estiment que l'instauration de retraites est moins urgente.

C. LE REVENU

Le revenu constitue un autre facteur pour lequel l'incidence sur la demande de services de santé de meilleure qualité est difficile à évaluer. Les populations pauvres sont susceptibles de dépendre des prestations de l'État pour accéder à des soins de santé primaires, tandis que les plus aisées ont plus de chances de pouvoir s'offrir des services de santé privés. Entre les deux, les « non pauvres » peuvent se tourner vers d'autres sources lorsque l'État ne parvient pas à fournir certains services (comme des soins de santé primaires), mais peuvent avoir des difficultés à le faire dans d'autres domaines

Figure 2.6

Demande de services de santé de meilleure qualité (première priorité) par lieu de résidence urbain/rural

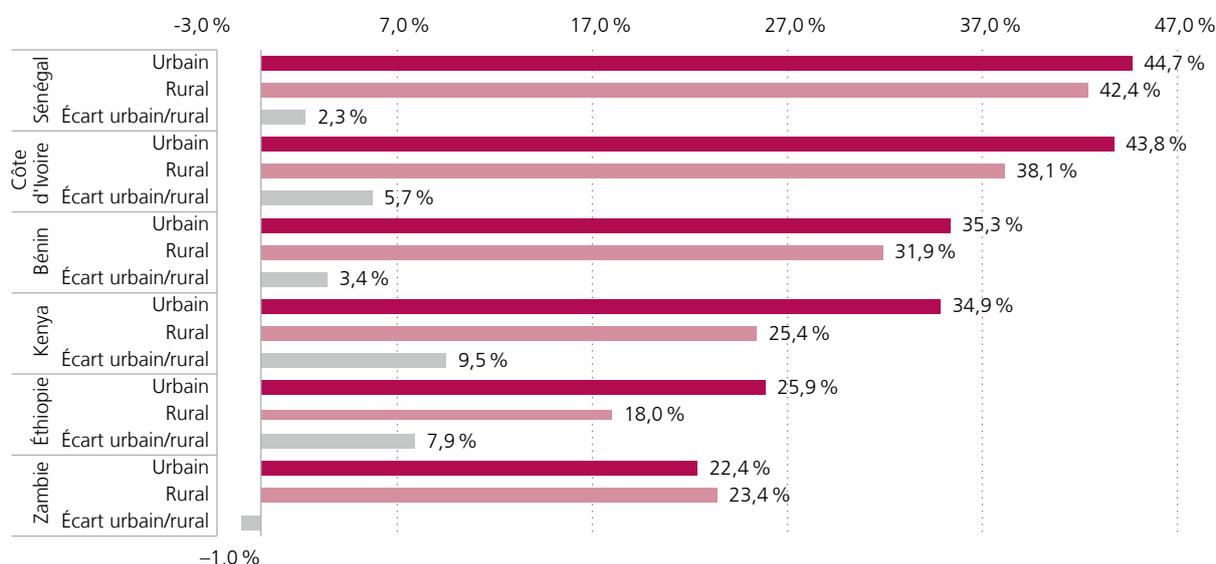
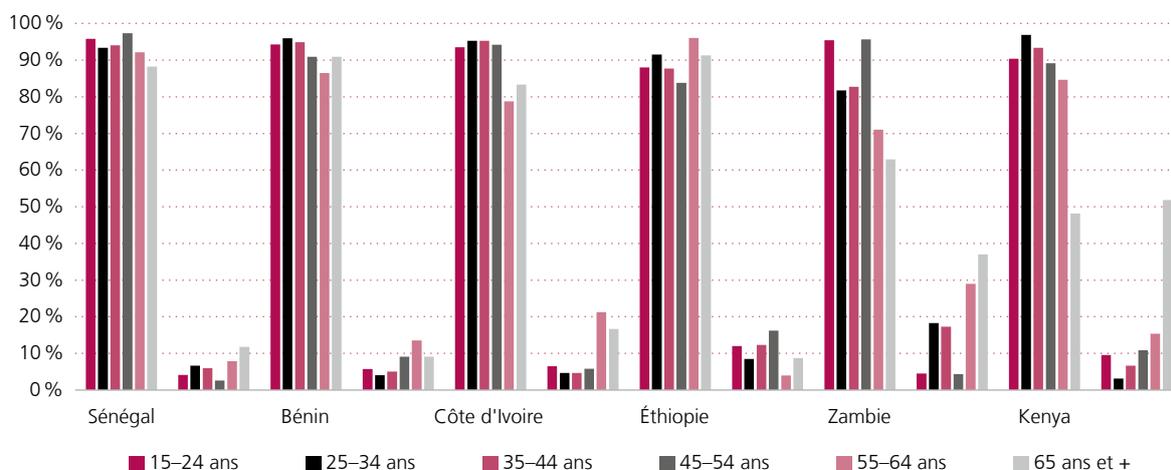


Figure 2.7

Demande de services de santé de meilleure qualité et de meilleures retraites (première priorité), par groupes d'âge

(comme pour les services de santé secondaires). Il est également possible que des personnes considèrent certaines obligations comme des obligations morales de l'État envers ses citoyens et classent un service spécifique comme priorité absolue indépendamment de leur situation personnelle.

Pour étudier l'incidence du revenu sur le choix des priorités, nous avons regroupé les personnes interrogées en quatre catégories de revenu, définies en tant que multiples du salaire minimum légal (SM). La Figure 2.8 illustre les résultats.

Les avis exprimés concernant la santé ne dépendent guère du revenu. La demande en matière de santé est liée au revenu en Zambie et les « riches » au Bénin sont moins intéressés par des services de santé de meilleure qualité. Globalement, l'incidence du revenu sur la demande est mineure et toutes les classes de revenu manifestent un besoin similaire à obtenir de l'État des services de santé de meilleure qualité.

D. LE GENRE

Le genre pourrait-il être un facteur influençant le classement des priorités des répondants en ce qui concerne les soins de santé ? La Figure 2.9 apporte une réponse tirée des données de notre enquête. Pour le Kenya, nous observons que les hommes interrogés sont plus nombreux que les femmes à privilégier l'amélioration des soins de santé comme première priorité. L'impact de cette différence est toutefois minime. Dans tous les autres pays, le genre n'est pas une variable qui explique une préférence pour l'amélioration des services de santé.

2.3.3 Discussion

Les raisons pour lesquelles « les services de santé » et « les écoles et le système éducatif » arrivent en tête de la liste des demandes des services publics sont évidentes. L'éducation est considérée comme étant le principal vecteur de la promotion sociale. L'obtention de diplômes est pour beaucoup de personnes le moyen le plus facile d'améliorer leurs chances de trouver un emploi sur le marché du travail et de gravir l'échelle sociale. La forte demande d'infrastructures

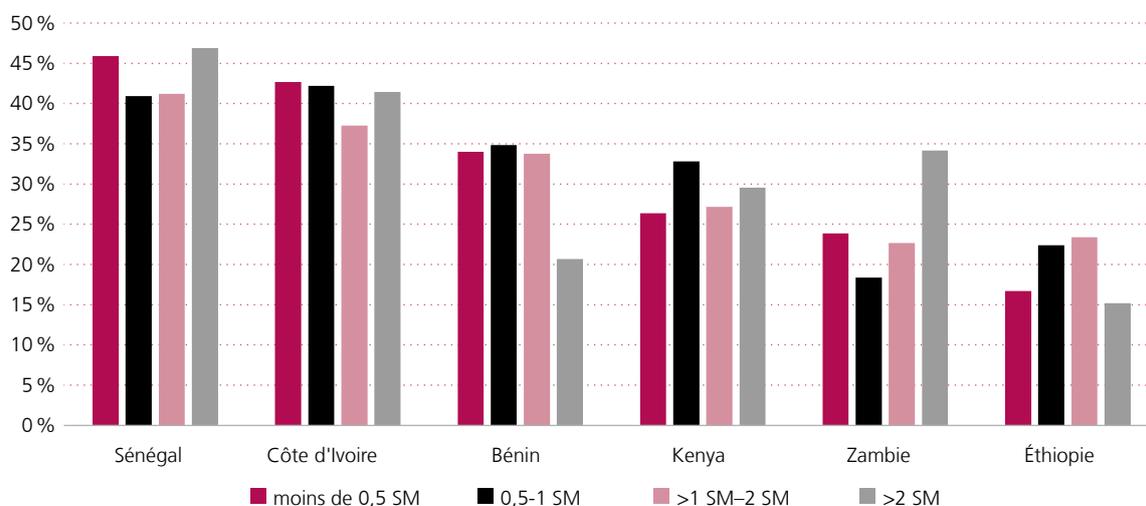
éducatives supplémentaires reflète l'espoir de segments importants de la population de pouvoir améliorer leurs propres conditions de vie ou celles de leurs enfants¹⁵.

La position dominante de l'« amélioration des services de santé » peut également être interprétée comme l'expression d'une demande d'amélioration des conditions de vie. Il est important de relever que la demande d'« amélioration des services de santé » dépasse de beaucoup la demande d'« amélioration des retraites des personnes âgées ». En moyenne, les personnes qui citent l'« amélioration de la santé » comme leur premier besoin sont onze fois plus nombreuses que celles qui privilégient l'« amélioration des retraites ». Cela pourrait s'expliquer par le fait que les problèmes sociaux actuels pèsent plus lourd que les besoins futurs. Les maladies, leur traitement et leurs coûts constituent des problèmes du quotidien pour beaucoup de monde et font l'objet de plus d'attention que le revenu futur après la retraite.

Nous avons testé la dépendance de quatre facteurs sur le choix de la première priorité et avons constaté une corrélation faible à moyenne avec le milieu de vie urbain-rural, pas de corrélation ou une faible corrélation avec l'âge, aucune corrélation avec le genre, et pas de corrélation ou une faible corrélation avec les inégalités de revenu. Étant donné que ces facteurs sont des composantes importantes dans la formation des classes socio-économiques, la stratification au sein de la main-d'œuvre informelle n'est pas ressortie au point que les priorités en matière d'amélioration des services publics dépendent du statut social. Bien que nous ne sachions pas ce qu'il en sera si les différences de revenu s'accroissent, nous pouvons affirmer que le niveau actuel des inégalités de revenu n'entraîne pas de disparités dans le classement des priorités en matière de santé. Nous obtenons donc un résultat intéressant : le recours aux soins médicaux est étroitement lié aux inégalités sociales, tandis que la priorité donnée à la demande en matière de santé ne l'est pas.

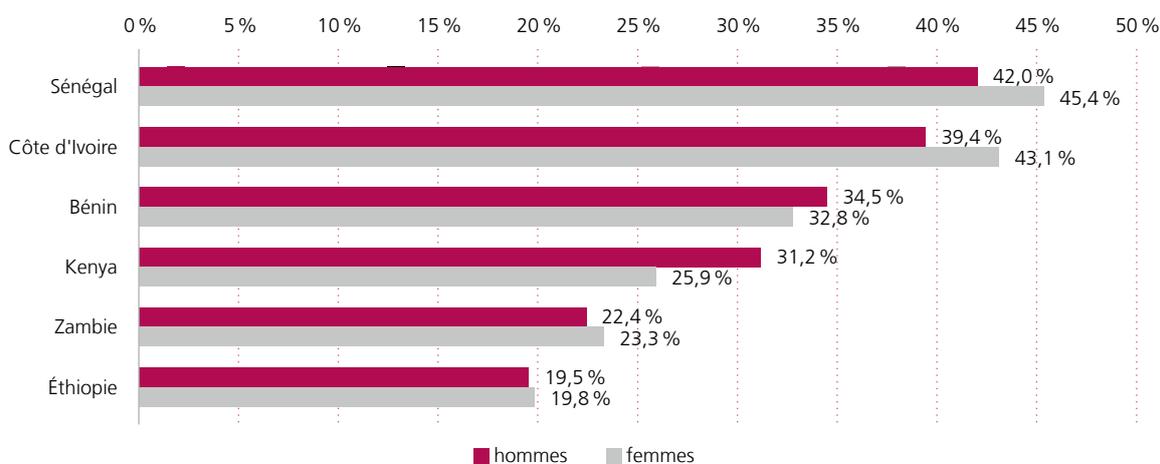
¹⁵ Il existe en effet un lien positif entre un niveau d'éducation élevé et l'accès à un emploi formel. Voir BIT (2018)

Figure 2.8

Demande de services de santé de meilleure qualité (première priorité), par revenu

Note: SM = salaire minimum légal. Il n'existe pas de salaire minimum légal en Éthiopie. Catégories pour l'Éthiopie: moins de 750 birrs; 750-1 500 birrs; 1 501-3 000 birrs; plus de 3 000 birrs.

Figure 2.9

Demande de services de santé de meilleure qualité (première priorité), par genre

Si les facteurs socio-économiques n'ont pas encore d'effet au point de faire apparaître une structure des besoins différenciée, nous pouvons considérer notre classement comme étant représentatif pour la main-d'œuvre informelle dans son ensemble. Comme ce segment du marché du travail domine l'économie et représente entre 80 et 90 pour cent de l'emploi total, le choix des priorités peut être généralisé et interprété comme reflétant la situation générale au sein d'un pays.

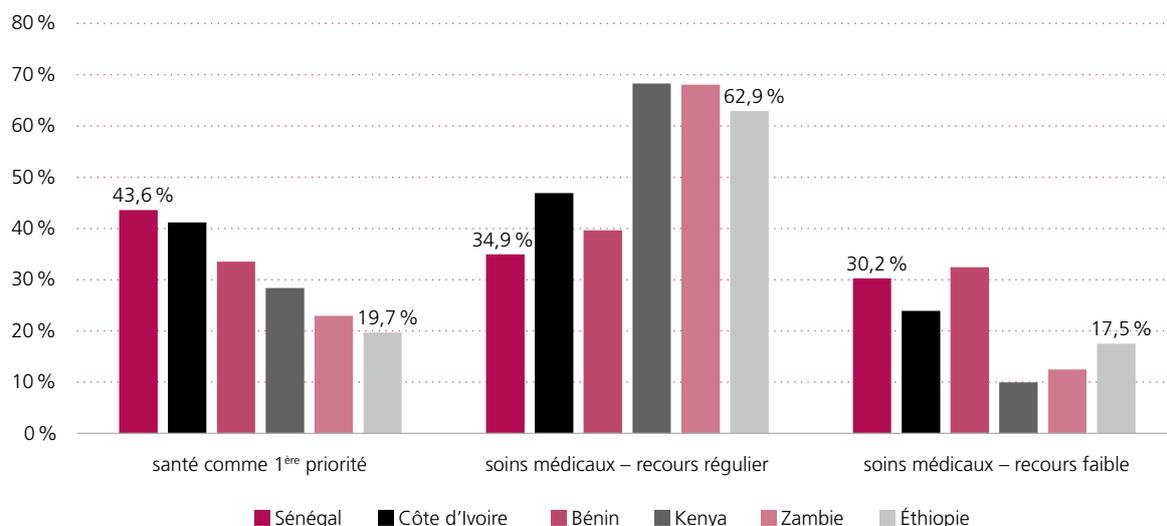
Notre argument selon lequel la disponibilité des soins médicaux et la priorité donnée à la demande de services publics de meilleure qualité sont étroitement liées apparaît clairement dans la Figure 2.10. La santé, en tant que demande prioritaire, revêt une importance moindre si les soins médicaux sont facilement accessibles, mais une importance accrue si l'accès aux soins médicaux est bloqué. Bien que cette tendance générale soit confirmée, les trois pays d'Afrique de l'Ouest peuvent également être réunis dans un groupe distinct des trois pays

d'Afrique de l'Est. L'amélioration des services de santé est la plus grande priorité des personnes interrogées au Bénin, au Sénégal et en Côte d'Ivoire, car l'accès aux soins médicaux est difficile dans ces pays. Les répondants du Kenya, de la Zambie et de l'Éthiopie placent l'amélioration des services de santé en seconde position car les soins médicaux sont déjà accessibles plus facilement.

2.4 SYNTHÈSE ET CONCLUSIONS

Cette enquête examinait l'accessibilité des services de soins de santé pour les personnes occupant un emploi informel sous deux angles: elle visait à déterminer l'importance des soins de santé dans un classement des services publics essentiels et a permis d'évaluer le recours effectif aux soins de santé en cas de besoin. Ces deux aspects sont interdépendants: si les personnes interrogées sont confrontées à une situation dans

Figure 2.10

Demande de soins de santé comme première priorité et recours aux soins médicaux

laquelle les soins de santé ne sont pas disponibles lorsque des problèmes de santé apparaissent, elles demandent des services de santé de meilleure qualité avec plus d'urgence ; si elles estiment que des soins médicaux sont toujours ou presque toujours disponibles, leur exigence d'amélioration des services publics se porte vers d'autres domaines déficitaires. Nous pouvons donc raisonnablement conclure que lorsque l'« amélioration des services de santé » est classée comme premier besoin, il s'agit du domaine principal dans lequel les personnes occupant un emploi informel souhaitent que l'État ou le gouvernement intervienne et améliore la prestation des services.

Il ne fait aucun doute que l'accès à la santé est une question de justice sociale. Son lien avec les disparités de revenu est double, car plus le revenu est faible, moins les soins médicaux sont disponibles en cas de besoin, et plus forte est la probabilité que les personnes doivent contracter des dettes pour financer leur prise en charge de santé (plus d'informations à ce sujet au Chapitre 3). Celles qui ne peuvent assumer ces coûts ont tendance à ne pas chercher de traitement lorsqu'elles tombent malades.

L'interaction entre les soins médicaux et les revenus dépend largement des politiques nationales des pays en matière de santé. Si les individus sont couverts par une assurance-maladie ou peuvent obtenir des soins médicaux de base sans frais, l'accès aux soins médicaux peut s'améliorer et il est possible que le revenu ne détermine plus si ces personnes sont soignées ou non.

Les demandes d'amélioration de la santé transcendent les clivages sociaux et spatiaux et peuvent être qualifiées de priorité nationale. Les résultats de notre étude confirment que la couverture sanitaire universelle devrait occuper une place prioritaire dans les programmes nationaux. Elle devrait également constituer une priorité absolue dans les initiatives de politique nationales, en particulier dans celles destinées aux travailleurs de l'économie informelle.

RÉFÉRENCES

BIT (2018) : *Les femmes et les hommes dans l'économie informelle : un panorama statistique*. Genève : Bureau international du Travail.

Traub-Merz, Rudolf/ Manfred Öhm (2021) : *Accès aux services de santé. Une demande clé de la main-d'œuvre informelle en Afrique – Résultats d'enquêtes nationales représentatives en Afrique subsaharienne*. Berlin : Friedrich-Ebert-Stiftung.

OMS (2017) : *Organisation mondiale de la Santé – Zambie, WHO Country Cooperation Strategy 2017–2021* : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273149/ccs-zmb-eng.pdf?ua=1> (consulté le 23.05.2020)

ANNEXE

Tableau 2.A2

Ménages ayant eu des cas de maladie et ménages sans aucun cas de maladie au cours des 12 derniers mois

	Sénégal	Zambie	Kenya	Bénin	Côte d'Ivoire	Éthiopie
Ménages ayant eu des cas de maladie	32,1 %	57,8 %	56,9 %	41,8 %	54,2 %	64,2 %
Ménages sans aucun cas de maladie	67,9 %	42,2 %	43,1 %	58,2 %	45,8 %	35,8 %
Total des ménages	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
N	1 193	1 195	1 188	1 192	1 200	2 332

Tableau 2.A3

Recours aux soins médicaux dans les ménages ayant eu des cas de maladie, selon l'âge du chef de famille

	Recours régulier	Plusieurs fois	Recours limité	Total	N
SÉNÉGAL					
15-24 ans	32,4 %	35,2 %	32,4 %	100,0 %	105
25-34 ans	37,8 %	34,7 %	27,6 %	100,0 %	196
35-44 ans	33,0 %	38,5 %	28,5 %	100,0 %	179
45-54 ans	35,9 %	33,3 %	30,8 %	100,0 %	156
55-64 ans	35,7 %	35,7 %	28,6 %	100,0 %	112
65 ans >	31,7 %	26,7 %	41,7 %	100,0 %	60
ZAMBIE					
15-24 ans	71,3 %	15,8 %	12,9 %	100,0 %	101
25-34 ans	74,0 %	15,0 %	11,0 %	100,0 %	127
35-44 ans	66,4 %	21,8 %	11,8 %	100,0 %	119
45-54 ans	65,4 %	20,5 %	14,1 %	100,0 %	78
55-64 ans	61,4 %	27,3 %	11,4 %	100,0 %	44
65 ans >	57,1 %	25,7 %	17,1 %	100,0 %	35
KENYA					
15-24 ans	79,2 %	11,5 %	9,4 %	100,0 %	96
25-34 ans	70,5 %	24,4 %	5,1 %	100,0 %	176
35-44 ans	61,5 %	24,0 %	14,6 %	100,0 %	96
45-54 ans	64,6 %	22,0 %	13,4 %	100,0 %	82
55-64 ans	64,1 %	20,5 %	15,4 %	100,0 %	39
65 ans >	54,5 %	36,4 %	9,1 %	100,0 %	22
BÉNIN					
15-24 ans	41,0 %	27,6 %	31,4 %	100,0 %	105
25-34 ans	42,3 %	27,8 %	29,9 %	100,0 %	241
35-44 ans	32,4 %	29,7 %	37,9 %	100,0 %	182
45-54 ans	45,3 %	28,4 %	26,3 %	100,0 %	95
55-64 ans	32,0 %	32,0 %	36,0 %	100,0 %	50
65 ans >	57,1 %	4,8 %	38,1 %	100,0 %	21
CÔTE D'IVOIRE					
15-24 ans	53,0 %	25,3 %	21,7 %	100,0 %	83
25-34 ans	53,5 %	28,3 %	18,2 %	100,0 %	159
35-44 ans	43,9 %	30,4 %	25,7 %	100,0 %	148
45-54 ans	41,6 %	30,3 %	28,1 %	100,0 %	89
55-64 ans	39,6 %	27,1 %	33,3 %	100,0 %	48
65 ans >	33,3 %	42,9 %	23,8 %	100,0 %	21
ÉTHIOPIE					
15-24 ans	58,3 %	21,3 %	20,4 %	100,0 %	108
25-34 ans	62,1 %	19,1 %	18,7 %	100,0 %	235
35-44 ans	63,5 %	20,2 %	16,3 %	100,0 %	178
45-54 ans	60,4 %	22,5 %	17,1 %	100,0 %	111
55-64 ans	82,5 %	10,5 %	7,0 %	100,0 %	57
65 ans >	50,0 %	18,2 %	31,8 %	100,0 %	44

Test du khi carré concernant le recours aux soins médicaux selon la tranche d'âge du chef de famille

	N	sig.	V de Cramer		N	sig.	V de Cramer
Sénégal	808	0,763	0,064	Bénin	694	0,162	0,101
Zambie	504	0,685	0,086	Côte d'Ivoire	548	0,338	0,101
Kenya	511	0,036	0,138	Éthiopie	733	0,012	0,055

Tableau 2.A4

Recours aux soins médicaux dans les ménages ayant eu des cas de maladie, selon le niveau d'éducation du chef de famille

	Recours régulier	Plusieurs fois	Recours limité	Total	N
SÉNÉGAL					
Aucune instruction	27,7 %	35,9 %	36,4 %	100,0 %	220
Primaire incomplet	29,6 %	36,1 %	34,3 %	100,0 %	385
Primaire	49,6 %	31,9 %	18,5 %	100,0 %	135
Secondaire	48,1 %	37,0 %	14,8 %	100,0 %	27
Universitaire	65,1 %	25,6 %	9,3 %	100,0 %	43
Zambie					
Aucune instruction	55,3 %	28,9 %	15,8 %	100,0 %	38
Primaire incomplet	65,2 %	21,5 %	13,3 %	100,0 %	158
Primaire	69,7 %	18,9 %	11,4 %	100,0 %	228
Secondaire	75,3 %	13,0 %	11,7 %	100,0 %	77
Universitaire	100,0 %			100,0 %	2
KENYA					
Aucune instruction	43,4 %	34,0 %	22,6 %	100,0 %	53
Primaire incomplet	52,3 %	29,9 %	17,8 %	100,0 %	107
Primaire	74,3 %	18,6 %	7,1 %	100,0 %	183
Secondaire	79,0 %	16,6 %	4,5 %	100,0 %	157
Universitaire	90,9 %	9,1 %		100,0 %	11
BÉNIN					
Aucune instruction	32,6 %	28,8 %	38,6 %	100,0 %	267
Primaire incomplet	43,7 %	23,7 %	32,6 %	100,0 %	215
Primaire	41,0 %	31,1 %	28,0 %	100,0 %	161
Secondaire	57,1 %	35,7 %	7,1 %	100,0 %	14
Universitaire	52,9 %	29,4 %	17,6 %	100,0 %	34
CÔTE D'IVOIRE					
Aucune instruction	38,2 %	34,1 %	27,7 %	100,0 %	173
Primaire incomplet	47,4 %	26,0 %	26,6 %	100,0 %	154
Primaire	49,7 %	28,9 %	21,4 %	100,0 %	159
Secondaire	62,2 %	27,0 %	10,8 %	100,0 %	37
Universitaire	64,0 %	20,0 %	16,0 %	100,0 %	25
ÉTHIOPIE					
Aucune instruction	55,4 %	22,1 %	22,4 %	100,0 %	294
Primaire incomplet	60,5 %	21,3 %	18,2 %	100,0 %	314
Primaire	74,8 %	13,7 %	11,5 %	100,0 %	131
Secondaire	75,9 %	15,2 %	8,9 %	100,0 %	79
Universitaire	82,4 %	11,8 %	5,9 %	100,0 %	17

Test du khi carré concernant le recours aux soins médicaux selon Le niveau d'éducation du chef de famille

	N	sig.	V de Cramer		N	sig.	V de Cramer
Sénégal	810	0,000	0,173	Bénin	691	0,018	0,115
Zambie	503	0,516	0,085	Côte d'Ivoire	548	0,069	0,115
Kenya	511	0,000	0,212	Éthiopie	835	0,001	0,124

3

PROTECTION CONTRE LE RISQUE FINANCIER – COMMENT LES TRAVAILLEURS INFORMELS PAIENT-ILS LEURS TRAITEMENTS MÉDICAUX ?

Rudolf Traub-Merz

La protection contre le risque financier est une composante essentielle de la couverture maladie universelle. Elle se définit comme le fait de permettre à tous d'accéder à des services de santé de qualité sans s'exposer à des difficultés financières. « La protection financière est assurée lorsque les paiements directs versés pour obtenir des services de santé n'exposent pas les personnes à des difficultés financières et ne menacent pas le niveau de vie. » (OMS).

Les virements gouvernementaux, les cotisations d'assurance, les dons étrangers et les paiements directs sont les quatre principales sources de financement des coûts de santé. Les paiements directs élevés pour se faire soigner peuvent engendrer pour les ménages des coûts supérieurs à leurs moyens et les faire basculer dans la pauvreté. Les transferts fiscaux visant à réduire les coûts de santé ou à financer la gratuité des soins et la couverture étendue de l'assurance maladie sont un moyen privilégié de réduire les paiements directs en cas de maladie et comptent parmi les principales stratégies permettant de protéger les pauvres des risques financiers et de les sortir du cercle vicieux santé-pauvreté.

3.1 SOURCES DE FINANCEMENT DES SOINS MÉDICAUX

Les longues distances à parcourir, l'absence de personnel qualifié ou de médicaments ou encore de services qui ne sont pas à la portée de tous en raison de leur coût élevé peuvent expliquer pourquoi les gens s'abstiennent de se rendre dans des établissements médicaux. Mais que se passe-t-il quand ils vont se faire soigner ? Si les services de santé sont fournis gratuitement, il n'en reste pas moins des frais accessoires, tels que le transport, l'absence du domicile, les frais de nourriture et d'autres dépenses, etc. En revanche, si les services de santé doivent être réglés directement par les usagers eux-mêmes, l'insuffisance des ressources peut devenir une préoccupation majeure.

Pour comprendre à quel point les coûts des traitements médicaux peuvent peser, nous avons demandé aux chefs de famille « Comment vous ou votre famille avez trouvé l'argent pour payer ce traitement ? » Nous n'avons pas demandé le montant exact et ne sommes donc pas en mesure d'établir un lien entre les dépenses de santé privées et le revenu du ménage. Toutefois, l'identification de la source de finance-

ment nous permet de tirer des conclusions sur les difficultés financières auxquelles les personnes doivent faire face lorsqu'elles se font soigner.

Nous avons classé les modes de paiement des factures de santé en fonction des différentes sources. Les patients peuvent bénéficier de services de santé sans les payer directement, soit parce qu'aucun frais n'est facturé, soit parce que les paiements sont effectués par le biais d'autres sources, comme l'assurance maladie. Si les ménages doivent payer directement, trois options principales s'offrent à eux : régler les factures grâce à (une partie ou la totalité de) leurs économies. S'ils ne disposent pas de fonds propres, ils peuvent vendre une partie de leurs biens, comme du bétail, des outils, des contrats de vente avant récolte, des bijoux, des équipements ménagers, des véhicules. Ils peuvent aussi s'adresser à des amis, des parents, des voisins, des prêteurs, des banques ou autres pour obtenir un prêt. Une autre option, moins courante, consiste à rechercher une aide financière sous la forme d'un don.

On peut s'interroger sur l'opportunité de conjuguer le recours aux formes traditionnelles de solidarité avec la mobilisation de fonds auprès d'opérateurs de l'économie de marché. Mais les formes traditionnelles de solidarité sont basées sur la réciprocité et, si elles offrent une plus grande marge de manœuvre dans les procédures de remboursement que les opérateurs de marché, la pression pour « rendre la pareille » existe néanmoins et ces dettes doivent être réglées avant d'en contracter d'autres.

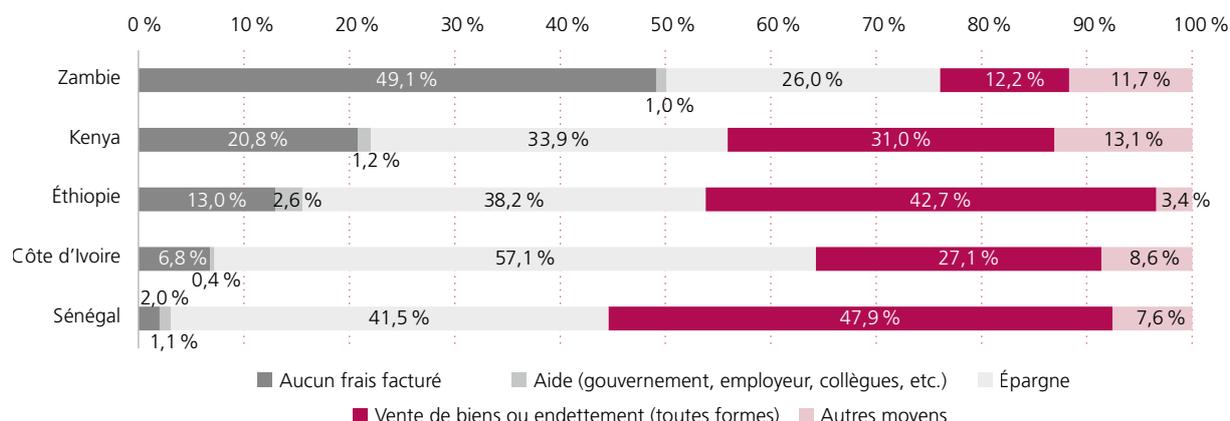
Les différentes manières de régler les factures de santé sont présentées à la Figure 3.1.

En Zambie, les patients semblent jouir d'une situation « privilégiée » en cas de maladie. Près de la moitié d'entre eux reçoivent des soins médicaux sans avoir à se soucier des coûts. 26 pour cent d'entre eux peuvent mobiliser leur épargne, tandis que 12 pour cent sont « moins privilégiés » dans la mesure où ils doivent obtenir des espèces en vendant certains de leurs biens ou en contractant un prêt pour pouvoir payer leur traitement (Figure 3.1).

Le Sénégal se situe à l'autre extrémité de l'échelle. 2 pour cent seulement bénéficient de services de santé gratuits, tandis que 41,5 pour cent doivent puiser dans leurs économies.

Figure 3.1

Sources de financement des traitements médicaux



Note: pas de données disponibles pour le Bénin.

Tableau 3.1

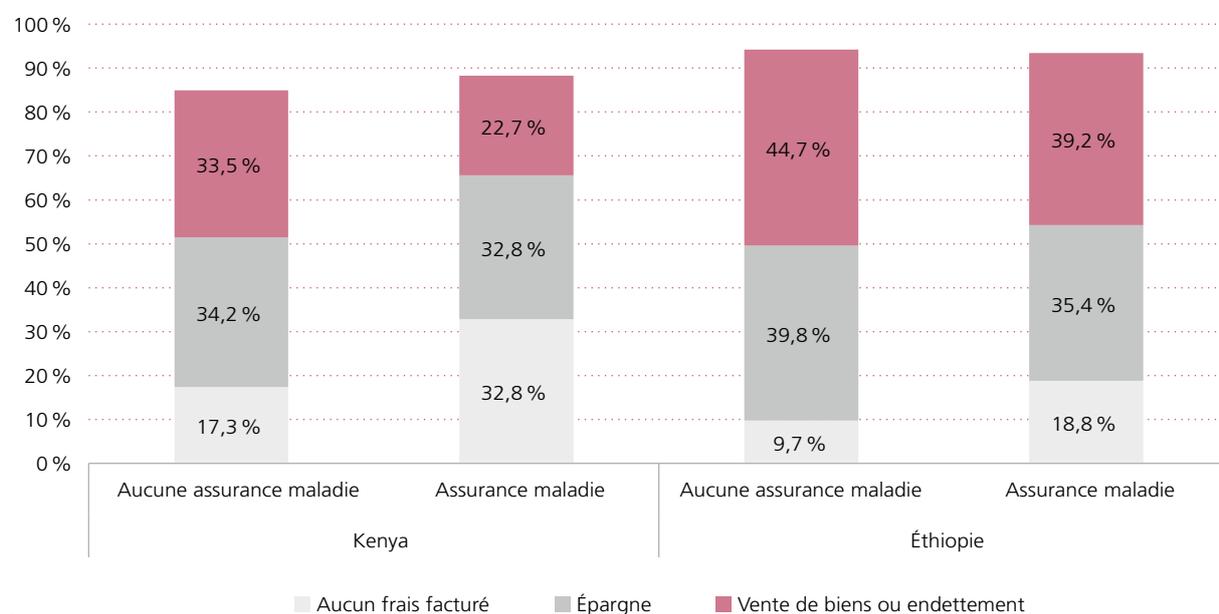
Sommes laissées à la charge de l'utilisateur en pourcentage des dépenses de santé totales (2018; %)

	Bénin	Kenya	Sénégal	Zambie	Côte d'Ivoire	Éthiopie
Sommes à la charge de l'assuré en % des dépenses de santé totales	45,0	24,0	52,4	11,8	39,4	35,0

Source: OMS, Global health expenditure data base. <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/fr>

Figure 3.2

Sources de financement des traitements médicaux par les membres de l'assurance maladie (2 pays)



Il reste donc 47,9 pour cent de patients, soit près d'un sur deux (un chiffre énorme), qui sont contraints de vendre leurs biens ou de s'endetter. Le Kenya, l'Éthiopie et la Côte d'Ivoire ne font guère mieux. Un cinquième des patients ou moins bénéficient d'un accès gratuit aux soins de santé, tandis qu'entre 34 pour cent (Kenya) et 57 pour cent (Éthiopie) ont recours à l'épargne. Entre 27,1 pour cent (Côte d'Ivoire) et 42,7 pour cent (Éthiopie) doivent donc chercher des fonds « externes » en empruntant ou en vendant des biens.

Nos conclusions sont étayées par les chiffres de l'OMS concernant les paiements directs, qui placent la Zambie et le Sénégal aux deux extrémités du classement (voir Tableau 3.1).

Le niveau élevé de services gratuits en Zambie est dû à la politique de gratuité des soins de santé primaires adoptée il y a quelques années au niveau des districts. Le fait qu'environ 50 pour cent des patients paient encore les services médicaux indique que les traitements médicaux au niveau

secondaire ou tertiaire ne sont pas fournis gratuitement ou que les contraintes de capacité et le manque de financement au niveau primaire limitent le recours à des soins médicaux gratuits. Malgré ces limites, la politique de gratuité des soins de santé primaires est l'une des principales raisons pour lesquelles les patients zambiens sont moins nombreux que dans d'autres pays à devoir vendre des biens ou contracter des prêts.

Les effets positifs de l'assurance maladie sur les formes astreignantes de financement des traitements médicaux peuvent être démontrés en comparant l'adhésion et la non-adhésion. En Éthiopie et au Kenya, les deux pays de notre groupe d'enquête qui affichent une couverture d'assurance maladie notable (35,8 pour cent et 25,6 pour cent, voir Chapitre 4), l'accès aux services de santé gratuits double lorsqu'une assurance maladie est contractée. Dans le même temps, la vente de biens et l'endettement diminuent.

À première vue, il peut être surprenant que les formes astreignantes de financement de la santé ne disparaissent pas complètement lorsqu'existe l'assurance maladie et que beaucoup soient encore obligés de vendre des biens ou de s'endetter. Deux points doivent être soulignés : (a) l'assurance maladie est loin d'être complète et se limite à un certain nombre de maladies et de formes de traitement ; les maladies et traitements qui ne sont pas pris en compte restent à la charge des patients ; (b) lors de l'enquête, des questions formelles ont été posées sur les sources de financement et non sur l'importance des sommes. Si les montants de la vente d'actifs ou des emprunts contractés avaient été inclus, nous aurions peut-être constaté que les titulaires d'une carte d'assurance déclarent des niveaux de financement moins astreignants que ceux n'en disposant pas. L'adhésion à une assurance peut donc réduire les obligations liées aux soins de santé bien plus que ne l'indiquent nos données.

3.2 FINANCEMENT DES SOINS MÉDICAUX : LE CLIVAGE URBAIN-RURAL

Si l'on regroupe les répondants en fonction de leur résidence urbaine ou rurale, les modes de paiement des soins médicaux varient (voir Figure 3.3). Les divergences peuvent être résumées comme suit :

- En Zambie et au Kenya, les habitants des zones rurales sont plus nombreux que ceux des zones urbaines à bénéficier d'un traitement médical gratuit. Lorsque les programmes de traitement gratuit mis en place par le gouvernement ne privilégient pas les populations rurales, les projets des ONG et les initiatives confessionnelles peuvent s'en charger.
- À l'exception de la Côte d'Ivoire, les citoyens sont plus nombreux à financer leurs dépenses médicales en puisant dans leur propre épargne. Cela peut s'expliquer par un revenu en espèces plus élevé et une intégration plus étroite dans l'économie monétaire.
- La mobilisation de fonds provenant de sources astreignantes concerne des groupes plus restreints dans les zones urbaines et rurales de Zambie, mais dans d'autres pays, les deux segments de la population sont fortement touchés. Les sources de mobilisation de fonds discriminatoires diffèrent toutefois grandement. Les patients des zones rurales sont plus enclins à vendre des biens, contrairement aux patients des zones urbaines qui ont davantage tendance à contracter un prêt en espèces.

Les principales différences entre les résidents urbains et ruraux en matière de règlement des factures de santé semblent être liées au mode de production. La majorité des habitants des zones rurales sont des paysans qui possèdent quelques terres, des équipements agricoles ou des produits agricoles qu'ils peuvent hypothéquer ou vendre pour obtenir des liquidités en vue d'un traitement médical, alors que les habitants des zones urbaines ont moins de biens et sont obligés de s'endetter lorsqu'un traitement médical est nécessaire. Les deux modes de mobilisation de fonds font peser de lourdes contraintes financières sur les patients par la suite. Nos données ne nous permettent pas de suivre les effets négatifs et de déterminer si les habitants des régions rurales connaissent de plus grandes difficultés après coup que les personnes urbaines. Cependant, ces données montrent clairement que le niveau élevé de financement des frais de santé par la vente de biens et l'obtention de prêts constitue une importante charge financière pour les deux groupes.

3.3 FINANCEMENT DES SOINS MÉDICAUX : EXISTE-T-IL UN PRÉJUGÉ SEXISTE ?

Vendre des actifs productifs ou s'endetter pour payer un traitement médical devient une responsabilité économique qui engage l'avenir et peut entraîner les ménages dans l'engrenage de la pauvreté. Ces menaces varient-elles selon que le paiement des traitements médicaux concerne un ménage dont le chef de famille est un homme ou une femme ?

La ventilation de l'échantillon des ménages dirigés par des hommes ou par des femmes est présentée à la Figure 3.4. Aucune différence significative n'est perceptible au Sénégal et en Côte d'Ivoire. En revanche, la Zambie, le Kenya et l'Éthiopie semblent offrir aux ménages dont le chef de famille est une femme un meilleur accès aux soins médicaux gratuits leur permettant de moins dépendre de financements provenant de la vente de biens ou de prêts.

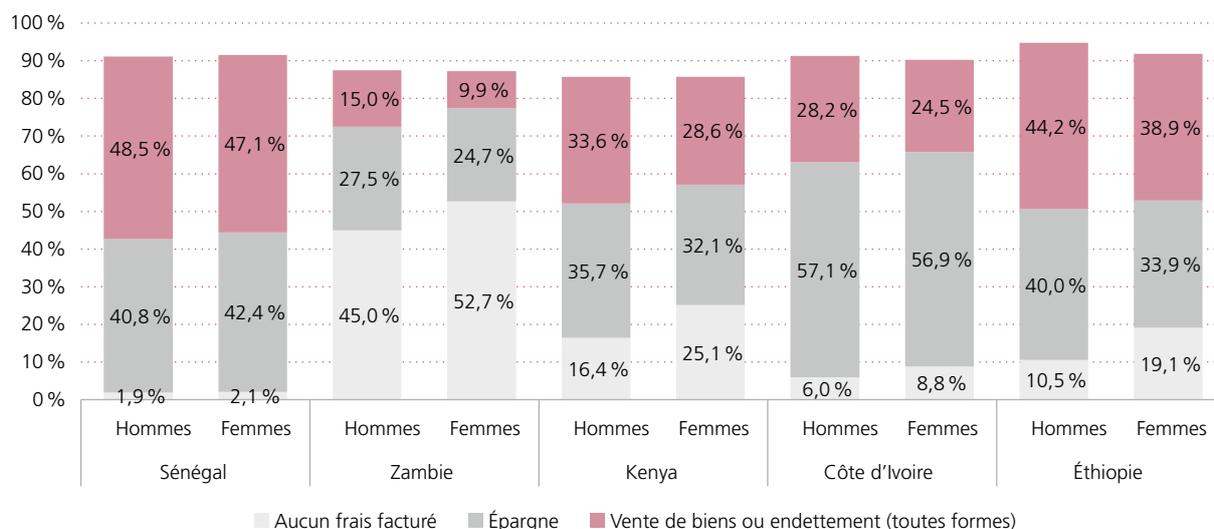
Nos observations indiquent l'existence de programmes et de politiques dans trois des cinq pays qui visent à limiter les paiements directs et qui bénéficient davantage aux ménages dont le chef de famille est une femme. La confirmation de tels effets nécessiterait toutefois une analyse plus détaillée qu'il n'est possible d'exposer ici.

Figure 3.3

Païement des soins médicaux en fonction des sources de financement et de la zone de résidence (urbaine ou rurale)



Figure 3.4

Sources de financement des soins médicaux selon le genre

Note : pas de données disponibles pour le Bénin.

3.4 FINANCEMENT DES SOINS MÉDICAUX : LE FACTEUR REVENU

Le niveau de revenu peut être lié de différentes manières aux divers modes de financement des soins médicaux. Si les soins médicaux sont fournis gratuitement, le niveau de revenu peut ou non être pris en compte. Toutefois, si le régime prévoit une couverture universelle, les ménages ayant des revenus plus élevés ont les mêmes droits que les pauvres. En l'absence de tels régimes, les patients des ménages plus aisés se rendent généralement dans des établissements médicaux offrant une couverture d'assurance où leurs factures sont prises en charge. D'autre part, les personnes plus aisées peuvent renoncer aux services gratuits pour des raisons de qualité et opter pour des soins médicaux plus approfondis dont ils devront acquitter la facture.

Le lien entre le niveau de revenu et le recours à l'épargne personnelle est plus explicite. Les ménages dont le revenu par habitant est plus élevé ont une plus grande capacité d'épargne et sont mieux à même de payer les services médicaux de leur propre poche. On peut dire la même chose du recours aux formes de financement incriminées. Lorsque les revenus augmentent, la nécessité de vendre des biens ou de contracter un prêt diminue.

La Figure 3.5 illustre les résultats. Pour identifier les effets de l'inégalité des revenus sur les modes de paiement des soins médicaux, les répondants sont regroupés en quatre niveaux de revenus, définis comme des multiples du salaire minimum légal.¹

¹ En Éthiopie, il n'existe pas de salaire minimum légal. Nous avons défini le revenu de référence à 1 500 Birr et établi des limites de revenu similaires.

Hormis en Zambie, il n'existe aucun lien manifeste entre l'inégalité des revenus et l'accès aux services gratuits. Comme les soins de santé primaires gratuits en Zambie ont un caractère universel et n'empêchent pas les plus aisés d'y accéder, beaucoup semblent ne pas en tenir compte. On peut donc supposer que les patients aux revenus plus élevés qui ne sont pas satisfaits de la qualité des services médicaux gratuits optent pour d'autres formes de traitement dont ils doivent assumer le règlement.

Dans tous les pays étudiés, les ménages puisent davantage dans leur propre épargne si leurs ressources financières sont plus élevées et s'ils appartiennent à une tranche de revenu supérieure. L'effet inverse peut être observé pour le financement externe.

L'inégalité des revenus se traduit donc comme prévu : les ménages aisés sont mieux à même de payer leurs factures de soins de santé grâce à l'épargne disponible, tandis que les ménages plus pauvres sont plus souvent contraints de vendre des biens ou de s'endetter. Les effets négatifs sont toutefois à peine perceptibles en Zambie, où la gratuité des soins de santé primaires constitue manifestement un bouclier contre des formes de financement plus astreignantes.

Lorsque les soins médicaux ne sont pas gratuits et que les factures médicales ne peuvent pas être payées grâce à l'épargne mais uniquement par la vente de biens ou la souscription d'un prêt, le résultat ne fait aucun doute. La population est tentée de se priver de soins médicaux. Cette corrélation est mise en évidence dans la Figure 3.6. À l'exception de la Zambie, où les formes risquées de financement des traitements médicaux sont moins nécessaires en raison de la gratuité du système de santé, ce lien est flagrant dans tous les pays. Lorsqu'il faut mobiliser des moyens financiers en vendant des biens ou en contractant des prêts, la tendance est d'éviter de se rendre dans les établissements médicaux et le recours aux

Figure 3.5

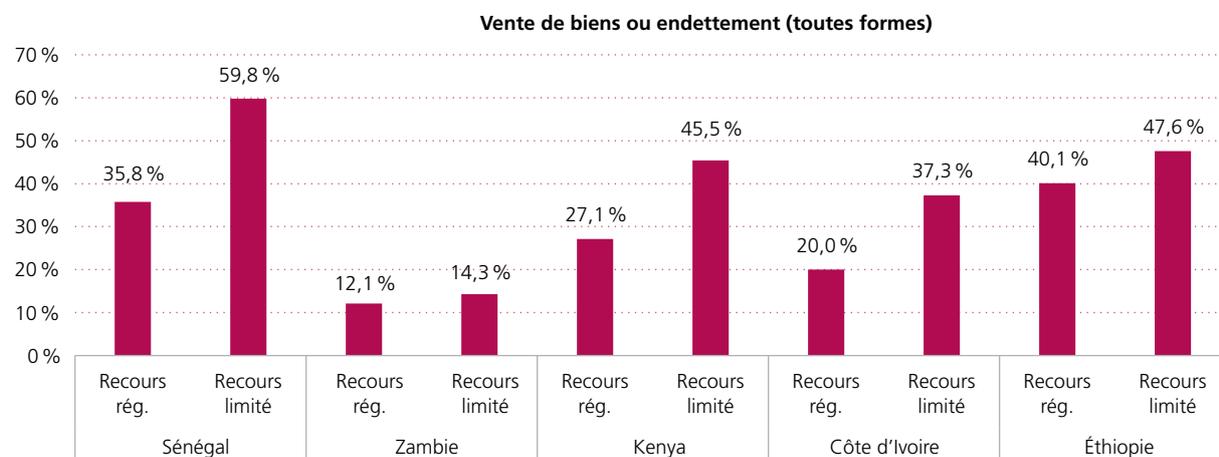
Modes de paiement des soins médicaux selon la classe de revenu



Note : le revenu désigne le revenu du ménage, c'est-à-dire que les revenus des différents membres du ménage sont additionnés. Chacun des quatre groupes de revenus se réfère au salaire minimum légal. Pour l'Éthiopie où il n'existe pas de salaire minimum légal, le revenu de référence est fixé à 1 500 Birr.

Figure 3.6

Recours aux soins médicaux si le financement provient de la vente de biens ou l'endettement



soins diminue. Au Sénégal, 60 pour cent des personnes interrogées qui doivent vendre des biens ou s'endetter déclarent qu'elles se font rarement soigner. Le Kenya et l'Éthiopie font

état d'un « boycott » tout aussi élevé des services de santé en raison de la faiblesse des revenus.

3.5 SYNTHÈSE

Nous ne disposons d'aucun document indiquant combien de fois les travailleurs informels ou les membres de leur famille ont été malades, combien de fois ils se sont rendus dans des centres médicaux, quelle était la gravité de la maladie dans chaque cas, si le type de traitement effectivement reçu correspondait au traitement nécessaire, ou si les patients ont « opté » pour des soins médicaux de base parce qu'ils étaient fournis gratuitement au lieu de subir une intervention chirurgicale et de suivre un traitement médical intensif mais coûteux. Ces informations seraient nécessaires pour nous permettre de procéder à une évaluation parfaitement documentée de la disponibilité de soins médicaux de qualité pour tous.

En outre, nous n'avons pas recueilli d'informations sur le montant des factures de santé et sur le lien entre les dépenses médicales et les revenus. Ces informations, là encore, seraient nécessaires en vue d'une évaluation détaillée de l'accessibilité économique des soins médicaux de qualité.

Nos données offrent un aperçu de la disponibilité perçue des soins médicaux et des conséquences financières résultant de l'obligation de payer des factures de soins de santé. Les personnes obligées de vendre leurs biens ou de s'endetter afin de trouver les sommes nécessaires à un traitement médical éviteront autant que possible de se rendre dans les services médicaux afin d'éviter des conséquences financières désastreuses. À l'exception de la Zambie, où les sources de financement risquées ne sont guère utilisées pour régler les factures médicales, il existe une corrélation négative évidente entre la capacité de payer avec sa propre épargne et le taux de fréquentation des établissements médicaux. Quand la dépendance à l'égard de financements externes (ventes de biens et prêts) augmente, la fréquentation des services médicaux diminue. De toute évidence, de nombreuses personnes pauvres sont contraintes de se passer de traitement non pas parce que les services médicaux ne sont pas disponibles, mais parce qu'elles n'ont pas les moyens de les payer.

RÉFÉRENCES

OMS (site web) Financial protection: https://www.who.int/health-topics/financial-protection#tab=tab_1

– Global health expenditure database: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/fr>

4

ASSURANCE MALADIE : COUVERTURE ET ABSENCE DE COUVERTURE

VOLONTÉ DE S’AFFILIER ET DE COTISER À UN RÉGIME D’ASSURANCE MALADIE – RAISONS DE NE PAS S’AFFILIER

Florence Bonnet

4.1 INTRODUCTION

Malgré des progrès louables réalisés à l'échelle mondiale, il n'en reste pas moins qu'un certain nombre d'obstacles à l'accès aux soins de santé demeurent, qu'il s'agisse des paiements directs pour les services de santé, de l'éloignement, de la gamme, de la qualité et de l'acceptabilité culturelle des services fournis, des longs délais d'attente, ou des coûts d'opportunité, tels que la perte de revenus. Le financement collectif, une large mutualisation des risques et des prestations fondées sur les droits sont des conditions essentielles pour garantir un accès effectif aux soins de santé pour tous. Les principes prévus par les normes internationales de sécurité sociale sur les soins médicaux sont indispensables en vue de l'instauration de la couverture maladie universelle (BIT 2021a). Les pays offrent une variété de mécanismes à cette fin : l'assurance maladie nationale et le régime social d'assurance maladie mandaté par l'État ; les services nationaux de soins de santé garantis gratuitement ou moyennant un faible ticket modérateur réglementé ; et l'aide sociale ciblée pour les services de santé (exonération du ticket modérateur, bons d'achat, etc.), qui peut être catégorique ou soumise à des conditions de ressources.

La première section porte sur la protection financière vis-à-vis des coûts des soins de santé par le biais du régime social d'assurance maladie chez les travailleurs occupant¹ un emploi informel.² La deuxième section présente un large aperçu de la couverture en tenant compte de la multiplicité des mécanismes avant de mettre l'accent sur l'étendue de la couverture du régime social d'assurance maladie³ et de l'assurance maladie privée chez les travailleurs informels. La troisième section concerne la majorité des travailleurs du secteur informel, qui ne sont pas affiliés à un régime social d'assurance maladie. Elle évalue leur souhait d'adhérer à un

tel régime, ainsi que la fréquence et le niveau de cotisation qu'ils seraient prêts à payer. Les principales raisons expliquant le refus d'adhérer sont également examinées. Le chapitre se conclut sur quelques remarques finales.

L'accessibilité, la disponibilité et la qualité des services de soins de santé font partie intégrante de la couverture maladie universelle et influencent également le niveau de confiance dans les institutions officielles, à quoi s'ajoute la volonté d'adhérer de ceux qui ne sont pas encore couverts. Le fait d'être couvert par l'assurance sociale ou par des services de santé publics financés par l'impôt ne signifie pas nécessairement que l'on dispose d'un accès effectif à des services de santé de qualité, sans difficultés. Les conclusions présentées ci-dessous doivent être considérées à la lumière des constats exposés au Chapitre 2 concernant le besoin et l'utilisation des services de santé.

4.2 LA COUVERTURE SOCIALE D'ASSURANCE MALADIE CHEZ LES TRAVAILLEURS DU SECTEUR INFORMEL

4.2.1 La protection financière vis-à-vis des coûts des soins de santé

Les normes de l'OIT autorisent une pluralité d'approches pour garantir un accès effectif aux soins médicaux.⁴ Elles reconnaissent la diversité des dispositifs possibles pour le financement, l'achat et la prestation de soins de santé – régime social d'assurance maladie, service national de santé ou une combinaison de ces modèles – tant qu'ils respectent les principes clés (BIT 2020). Dans la pratique, la plupart des pays privilégient une combinaison de ces mécanismes pour étendre la couverture.

L'enquête réalisée dans les six pays donne un aperçu de l'affiliation au régime social d'assurance maladie ou à une assurance maladie privée, y compris les régimes de micro-assurance. Ce sera l'objet des sections suivantes. Pour une image plus complète de la couverture maladie en termes de coûts des soins de santé, il convient toutefois d'ajouter une estimation approximative de la couverture des travailleurs du secteur informel par les services nationaux de santé

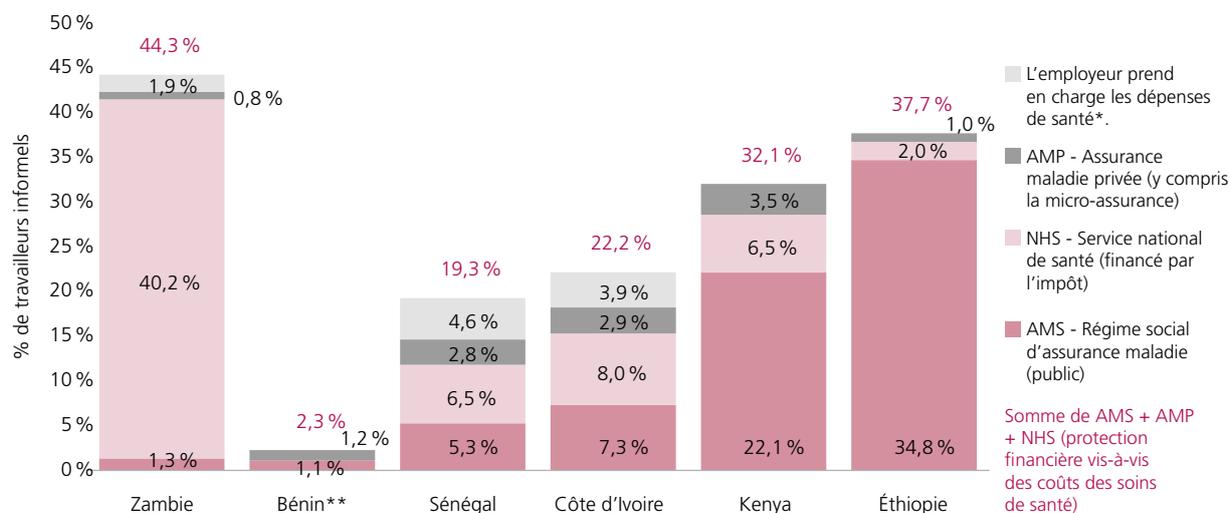
¹ Conformément aux pratiques statistiques, le terme « travailleur » est utilisé ici pour désigner toutes les personnes occupant un emploi : les employés, les employeurs (travailleurs indépendants avec employés), les travailleurs pour compte propre (travailleurs indépendants sans employés) et les travailleurs familiaux contribuant à l'entreprise familiale.

² Les travailleurs de l'emploi informel, ainsi que leurs familles, représentent la majorité de la population dans les six pays étudiés. Le pourcentage de travailleurs occupant un emploi informel varie de 69 pour cent en Zambie à 90 pour cent ou plus au Bénin, au Sénégal ou en Côte d'Ivoire (BIT 2018).

³ Le terme « régime social d'assurance maladie » correspond aux régimes publics d'assurance maladie.

⁴ Voir recommandation n° 69 de l'OIT sur les soins médicaux, 1944 et recommandation n° 202, 2012.

Figure 4.1

Adhésion aux régimes d'assurance maladie, libre accès aux services de santé nationaux et financement direct par l'employeur

Notes : les pourcentages peuvent être additionnés dans la mesure où chaque mécanisme est évalué afin de prendre en considération les travailleurs qui ne sont pas encore couverts par d'autres dispositifs et d'éviter tout double comptage. L'évaluation de la couverture par les services de santé nationaux (financés par l'impôt) doit être interprétée comme suit : « les travailleurs du secteur informel appartenant à des ménages où au moins un membre du ménage, ayant besoin de soins de santé, avait accès à des soins médicaux gratuits ».

* La question relative au paiement direct des dépenses de santé par l'employeur n'était pas pertinente au Bénin et au Kenya et sans objet en Éthiopie.

** Aucune couverture supplémentaire par les services de santé nationaux n'a été mise en évidence au Bénin.

financés par l'impôt (gratuits).⁵ En outre, le paiement direct des dépenses de santé par l'employeur est également pris en compte pour les employés qui ne bénéficient d'aucun des mécanismes publics ou privés susmentionnés.

Si l'on tient compte de ces multiples mécanismes – régime social d'assurance maladie, assurance maladie privée et services de santé nationaux – la Zambie se classe au premier rang avec une part estimée à 44,5 pour cent de travailleurs du secteur informel qui sont soit couverts par le régime social d'assurance maladie (1,3 pour cent), soit qui accèdent gratuitement aux services de santé (40,2 pour cent), ou qui sont couverts par une assurance maladie privée (un pour cent) ou un autre mécanisme privé, à savoir le paiement direct des dépenses de santé par leur employeur (1,9 pour cent). La prise en compte de tous les mécanismes se traduit par des pourcentages qui vont d'environ un travailleur occupant un emploi informel sur cinq bénéficiant de certaines formes de protection de la santé au Sénégal et en Côte d'Ivoire, à 32

à 38 pour cent au Kenya et en Éthiopie, et à 44,3 pour cent en Zambie (voir Figure 4.1).⁶

4.2.2 Couverture par le régime social d'assurance maladie (AMS) des travailleurs du secteur informel

Si l'on s'intéresse de plus près à la couverture sociale de l'assurance maladie, les six pays qui en disposent révèlent un déficit critique de couverture sociale de l'assurance maladie pour la majorité des travailleurs de l'emploi informel.⁷ Les pourcentages de travailleurs de l'emploi informel affiliés à des régimes sociaux d'assurance maladie vont de 1,1 à 1,3 pour cent au Bénin et en Zambie, à 5 à 7 pour cent en Côte d'Ivoire et au Sénégal, et jusqu'à 22,1 pour cent au Kenya et 34,8 pour cent en Éthiopie (Figure 4.1). La part des travailleurs de l'emploi informel affiliés au régime social d'assurance maladie tend à être plus élevée chez les femmes que chez les hommes (Tableau 4.A2 en annexe); et à l'exception de l'Éthiopie, elle est plus élevée dans les zones urbaines que dans les zones rurales (Tableau 4.A3 en annexe). Les travailleurs informels ayant un niveau d'éducation plus élevé et un revenu du travail individuel plus important sont généralement mieux couverts que les autres (Tableaux 4.A4 et A5).

Régimes nationaux

Concernant l'affiliation au régime social d'assurance maladie, le Kenya et l'Éthiopie sont probablement les deux pays

5 L'accès aux soins médicaux gratuits n'est que partiellement évalué à travers les questions posées. Sont prises en compte les situations dans lesquelles, au cours des 12 derniers mois, au moins un membre du ménage ayant besoin de soins médicaux s'est fait soigner gratuitement. L'évaluation est basée sur deux questions : Q49. *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu ou un membre de votre ménage a-t-il bénéficié de prestations régulières en espèces ou en nature ?* en sélectionnant ceux qui ont répondu (f) des services médicaux gratuits; et Q57 *Comment vous ou votre famille avez-vous trouvé l'argent pour payer ce traitement ? Aucun frais n'a été facturé/payé par une autre source.* Les estimations fournies à la Figure 1 font référence au travailleur sélectionné occupant un emploi informel et doivent être comprises comme : « Les travailleurs qui appartiennent à des ménages où au moins un membre du ménage ayant eu besoin de soins médicaux au cours des 12 derniers mois a eu accès à des soins médicaux gratuits », en partant du principe que cet accès gratuit pouvait également leur profiter.

6 Les trois pays identifiés au Chapitre 2 comme recourant le plus aux services de soins de santé en cas de besoin sont également les pays où l'étendue de la couverture santé (assurance sociale ou reposant sur l'impôt) est la plus élevée : la Zambie, l'Éthiopie et le Kenya.

7 Ce chapitre s'inspire des travaux de Traub-Merz, Öhm (2021 : Section 6).

les plus en vue parmi les six pays étudiés. Le gouvernement kenyan s'est engagé à mettre en place une couverture maladie universelle d'ici 2022, sur la base de l'ouverture du National Health Insurance Fund (NHIF), établi de longue date, à l'affiliation volontaire, avec des mesures proactives pour inscrire les travailleurs du secteur informel (Health Economics Research Unit 2019). Le fort engagement politique du pays en faveur de la couverture maladie universelle s'inscrit dans le programme des quatre grands chantiers du gouvernement, qui fait des soins de santé pour tous l'une des principales priorités de développement. Le nombre relativement élevé d'assurés peut être un facteur supplémentaire favorisant la diffusion d'informations sur l'adhésion au régime et les procédures à suivre (Traub-Merz/Öhm 2021 ; Schwettmann 2022).

Le régime d'assurance maladie communautaire (CBHI) a été introduit en Éthiopie en 2011, à l'intention des personnes qui travaillent dans le secteur informel dans les zones urbaines et rurales. Comme au Rwanda, il s'agit d'un programme piloté par le gouvernement dont la mise en œuvre est assurée par une agence publique nationale (l'Agence éthiopienne d'assurance maladie (EHIA)).⁸ L'adhésion au CBHI est facultative et l'inscription se fait au niveau des ménages. Le CBHI a été lancé comme programme pilote dans 13 woredas et quatre régions de 2010 à 2014 et s'est considérablement étendu. En 2018/19, le programme a concerné 4,9 millions de ménages. Les contributions des membres sont complétées par des allocations de l'administration locale pour financer la part des 10 pour cent de membres sans ressources participant au régime. L'EHIA a élaboré un deuxième plan stratégique d'assurance maladie (HISP II (2020/21-2024/25)) dans l'espoir d'instaurer une couverture maladie universelle (CMU) pour tous d'ici 2030. Durant les cinq années du plan, le HISP II espère atteindre 80 pour cent de la population du secteur informel (BIT 2021b).

La Couverture Maladie universelle (CMU) en Côte d'Ivoire est officiellement entrée dans sa phase opérationnelle le 01.01.2020. Cette date est trop récente pour permettre à l'enquête de rendre compte de résultats significatifs concernant sa mise en œuvre effective. La CMU est un système national d'assurance maladie obligatoire pour la population, en commençant par les groupes les plus défavorisés. Son objectif est de garantir à tous les Ivoiriens résidant en Côte d'Ivoire l'accès à des services de santé de qualité à faible coût. Deux régimes ont été mis en place: un régime général contributif de base (RGB), à raison de 1 000 francs CFA par mois et par personne, et un régime d'assistance médicale non contributif (RAM) pour les pauvres, qui étaient jusqu'à présent majoritairement exclus du système de santé. Au moment de l'enquête, après une phase pilote de trois ans, 1,55 million de personnes sur une population estimée à 24 millions étaient inscrites à la CMU en octobre 2019,

dont moins de 200 000 pauvres. Et, bien que la distribution des cartes sur les sites d'inscription ait commencé en février 2019, fin 2019 moins de 632 000 cartes avaient été distribuées (Jeune Afrique 2020).

Au Sénégal, l'extension à l'économie informelle est en cours mais progressait encore lentement au moment de l'enquête. La couverture des soins de santé au Sénégal est assurée par une combinaison de mécanismes de régime social d'assurance maladie et d'aide sociale destinés à différentes catégories de la population, notamment les travailleurs de l'économie informelle. La CMU n'est pas encore inscrite dans la loi et fonctionne actuellement sur la base d'une approche programme, l'Agence nationale de la CMU (ACMU)⁹ supervisant les programmes d'assurance et d'aide de la CMU. La participation au régime est basée sur une cotisation de 7 000 francs CFA par an, subventionnée à 50 pour cent par l'État. L'ACMU comptait 1,38 million de bénéficiaires à 3 500 francs CFA par an en 2018, mais seuls 734 000 étaient à jour de leurs cotisations et sont donc – théoriquement – couverts (BIT 2021c).

Les différences de couverture sociale de l'assurance maladie entre les pays résultent de plusieurs facteurs, à commencer par les mécanismes de protection financière de la santé mis en place. Elles reflètent, au moment de l'enquête, l'existence (Côte d'Ivoire, Éthiopie, Kenya, Sénégal) ou non (Bénin, Zambie) d'un régime national d'assurance maladie déjà en place, qui peut être complété (ou non) par un mécanisme alternatif et, en particulier, par un service national de santé financé par l'impôt, donnant accès à des soins médicaux primaires gratuits, comme en Zambie (comme le montre la Figure 4.1).¹⁰ Parmi les autres facteurs liés à l'utilisation du système de soins de santé, notons les différences dans la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services de soins de santé pour tous. Une deuxième catégorie de facteurs fait référence aux caractéristiques intrinsèques, à la connaissance et aux perceptions des individus en tant qu'utilisateurs des services de santé et adhérents potentiels des régimes sociaux d'assurance maladie, en particulier la capacité des individus à payer leurs cotisations, leur connaissance ou leur compréhension de ce qu'est un régime d'assurance et de son fonctionnement; et le degré de confiance dans les institutions et les régimes sociaux d'assurance. Enfin, l'accent mis sur les travailleurs du secteur informel explique les résultats liés à l'ampleur des lacunes de la couverture sociale de l'assurance maladie. Ils sont, par définition, touchés de manière disproportionnée par la couverture lacunaire, car « non couverts ou insuffisamment couverts – en droit ou en pratique - par

⁸ L'EHIA a été créée en 2010 en tant qu'organe fédéral autonome par le Règlement n° 191/2010. L'agence a pour ambition de voir tous les citoyens du pays bénéficier d'un système d'assurance maladie équitable et durable. Les régimes d'assurance maladie sociale et d'assurance maladie communautaire sont tous deux gérés par l'EHIA mais mis en œuvre de manière indépendante. Pour plus d'informations, voir: <https://ehiagov.com/Vision-Mission-Objective>.

⁹ Créée par Décret n° 2015-21 du 07 janvier 2015. Un projet de loi sur la CMU est à l'étude depuis trois ans. Cette loi devrait définir les modalités de mise en œuvre des systèmes d'assurance et d'aide de la CMU, la mise en place d'un régime général qui couvrirait 80 pour cent des dépenses de santé et serait le régime de base pour tous les Sénégalais.

¹⁰ Voir Universal Health Coverage Partnership (<https://www.uhcpartnership.net/country-profile/zambia/>) and Zambia's Ministry of Health (<https://www.moh.gov.zm/?p=6229>)

des dispositions formelles » (BIT 2015), ces dernières faisant référence à la fois aux protections et à certaines obligations.¹¹

4.2.3 Couverture des travailleurs de l'emploi informel par l'assurance maladie privée (AMP)

La proportion de travailleurs de l'économie informelle couverts par une assurance maladie privée (AMP) est encore limitée (environ 1 pour cent au Bénin, en Éthiopie et en Zambie à 2,8 à 3,5 pour cent en Côte d'Ivoire, au Kenya et au Sénégal ; voir Figure 4.1). Même en combinant la couverture sociale de l'assurance maladie avec l'assurance maladie privée (y compris la micro-assurance mais sans paiement direct par l'employeur), la proportion de travailleurs du secteur informel bénéficiant d'une couverture n'augmente que légèrement, atteignant 2 pour cent au Bénin et en Zambie, 8 à 10 pour cent au Sénégal et en Côte d'Ivoire, 25 pour cent au Kenya et 35,7 pour cent en Éthiopie. Ces chiffres ne tiennent pas

¹¹ L'affiliation à l'assurance maladie (a fortiori l'affiliation volontaire) n'a pas été retenue parmi les critères de définition de l'emploi salarié informel. Dans les six pays, conformément aux normes statistiques internationales sur l'informalité, les critères opérationnels utilisés pour définir l'emploi informel diffèrent pour les salariés, les travailleurs indépendants ou les travailleurs familiaux contribuant à l'entreprise familiale. Les employés sont considérés comme ayant un emploi principal informel, si leur employeur ne verse pas de cotisations (au moins partiellement en leur nom) au régime de retraite. Le versement de cotisations par l'employeur au régime d'assurance maladie n'est pas considéré comme un critère permettant de déterminer si les salariés ont un emploi formel, même s'il est obligatoire. Les travailleurs indépendants (avec ou sans employés) occupent un emploi informel si leur entreprise (activité) n'est pas enregistrée auprès de l'autorité nationale compétente (le registre national des sociétés au Kenya, le registre du commerce et un numéro NINEA au Sénégal). Enfin, tous les travailleurs familiaux collaborant sont considérés, par définition, comme occupant un emploi informel.

compte des dépenses de santé directes de l'employeur, qui jouent un rôle mineur mais offrent une certaine protection à 4 à 5 pour cent des travailleurs de l'économie informelle au Sénégal et en Côte d'Ivoire,¹² mais sans aucune garantie et, bien sûr, en dehors du champ de la protection sociale de la santé. Le soutien direct des employeurs couvre principalement les dépenses de santé liées aux accidents du travail et plus rarement les dépenses de santé non liées au travail.

4.2.4 Principales caractéristiques de l'affiliation

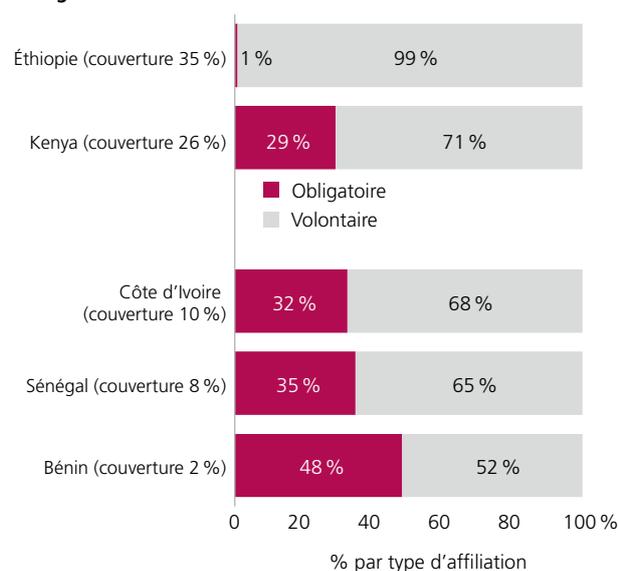
Pour la minorité de travailleurs de l'économie informelle qui sont affiliés à un régime social d'assurance maladie ou qui disposent d'une assurance maladie privée, l'affiliation est le plus souvent volontaire (Figure 4.2.1). La grande majorité des membres affiliés du secteur informel en Éthiopie (99 pour cent) et 65 pour cent au moins dans les autres pays sont affiliés sur la base du volontariat. Pour la plupart des travailleurs occupant un emploi informel qui déclarent être affiliés à titre obligatoire, l'affiliation est en fait indirecte, par le biais de l'adhésion d'un autre membre du ménage. Indépendamment du caractère volontaire ou obligatoire de l'affiliation, l'affiliation indirecte est la forme la plus courante d'adhésion à l'assurance maladie chez les travailleurs de l'économie informelle (en considérant ensemble le régime social d'assurance maladie et l'assurance maladie publique). L'affiliation indirecte concerne 40 pour cent des travailleurs au Kenya et jusqu'à 93 pour cent en Éthiopie (Figure 4.2.2).

¹² Ce type de soutien n'a pas pu être évalué au Bénin, au Kenya et en Éthiopie, faute de question correspondante ou de réponses suffisantes.

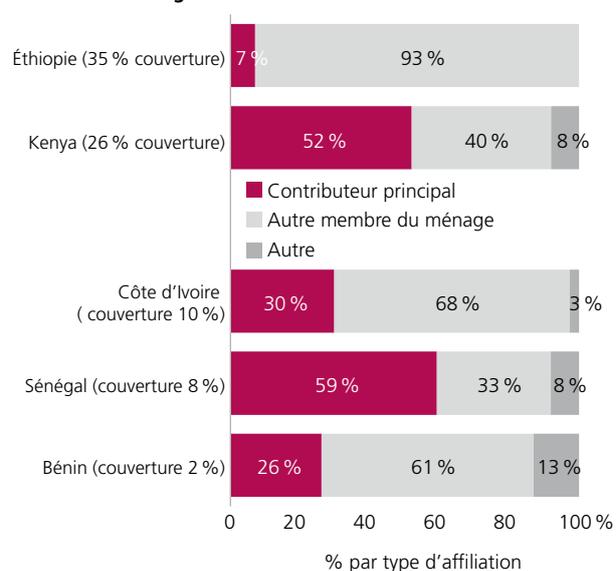
Figure 4.2

Répartition des travailleurs dans l'emploi informel qui sont membres de régimes d'assurance maladie selon :

4.2.1 La nature volontaire ou obligatoire de l'adhésion au régime



4.2.2 La couverture directe ou indirecte (par) un autre membre du ménage

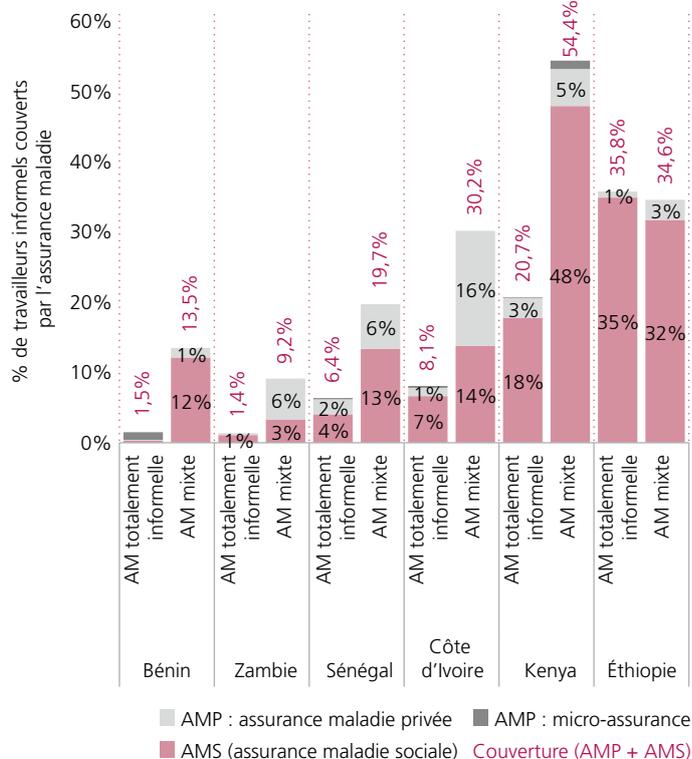


Note: These results should be considered in light of the proportion of workers who are members of a health insurance scheme as provided in Figure 4.1 and in brackets (close to country names). In Bénin, for instance, these results concern only two per cent of all workers in informal employment.

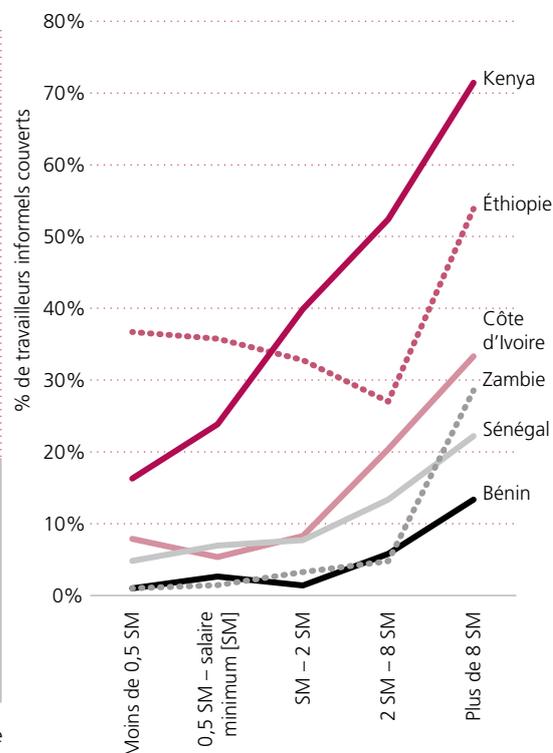
Figure 4.3

La dimension de ménage de la couverture d'assurance maladie

4.3.1 Couverture d'assurance maladie par niveau d'informalité au sein du ménage : l'importance de l'affiliation indirecte



4.3.2 Niveau de couverture par l'assurance maladie selon les revenus des ménages



Note : la référence est le membre du ménage sélectionné employé dans le secteur informel, en tenant compte de la composition du ménage dans lequel il vit (Figure 4.3.1) et du revenu du ménage (Figure 4.3.2). Dans la Figure 4.3.1, le travailleur sélectionné occupant un emploi informel fait partie d'un « ménage totalement informel » si tous les autres membres du ménage sont également employés dans le secteur informel. Il appartient à un « ménage mixte » si au moins un membre du ménage occupe un emploi formel.

L'incidence de l'affiliation indirecte souligne l'importance de la dimension de ménage. La distinction entre les travailleurs employés de manière informelle et appartenant à des « ménages totalement informels » (tous les membres du ménage étant employés de manière informelle) et ceux appartenant à des ménages dont au moins un membre occupe un emploi informel (« ménages mixtes ») indique des taux d'affiliation plus élevés parmi ceux appartenant à des « ménages mixtes », bénéficiant d'une couverture indirecte (Figure 4.3.1). Si l'on conserve le même indicateur de couverture par le régime social d'assurance maladie et l'assurance maladie privée, à l'exception de l'Éthiopie, la couverture des travailleurs du secteur informel est plus élevée s'ils appartiennent à des ménages dont certains membres actifs occupent un emploi formel. Si l'on tient compte uniquement de la couverture des travailleurs du secteur informel par le régime social d'assurance maladie, la proportion est au moins deux à trois fois plus élevée pour ceux qui appartiennent à des ménages dont au moins un membre occupe un emploi formel. Toutefois, la proportion de ménages concernés et l'effet global de la couverture par l'assurance maladie des travailleurs occupant un emploi informel restent limités.

La prise en compte de la dimension de ménage dans le cadre de l'analyse met en évidence des caractéristiques des ménages des travailleurs informels qui peuvent atténuer, ou ac-

centuer, l'incidence de certaines des vulnérabilités associées à l'emploi informel, notamment les niveaux d'insécurité des revenus (niveau, stabilité, biens), la protection sociale jouant un rôle important (OCDE-BIT 2019). La proportion de travailleurs informels affiliés au régime social d'assurance-maladie ou à des régimes privés d'assurance maladie est associée de manière positive aux niveaux de revenu des ménages (Figure 4.3.2) ou aux biens des ménages.

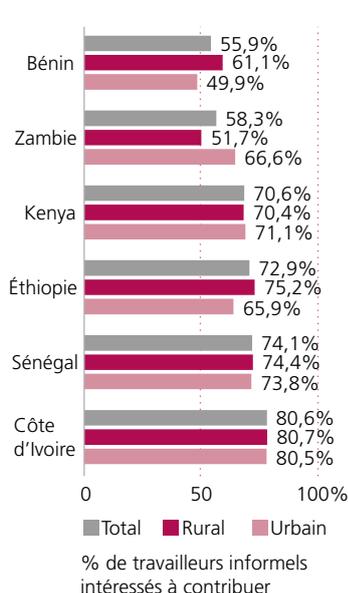
4.3 PERCEPTIONS ET VOLONTÉ D'ADHÉRER À UN RÉGIME SOCIAL D'ASSURANCE MALADIE

Cette section s'intéresse à la majorité des travailleurs de l'économie informelle qui ne sont pas encore affiliés à un régime social d'assurance maladie – de 64 pour cent en Éthiopie à 98 pour cent en Zambie et au Bénin – et évalue leur intérêt à adhérer à un régime d'assurance maladie, les modalités préférées en termes de fréquence de paiement des cotisations et le montant qu'ils seraient prêts à acquitter. Les personnes qui ne souhaitent pas adhérer étaient invitées à donner directement la principale raison de leur refus. Il convient de noter que certaines personnes interrogées peuvent ne pas avoir eu connaissance du concept d'assurance maladie.

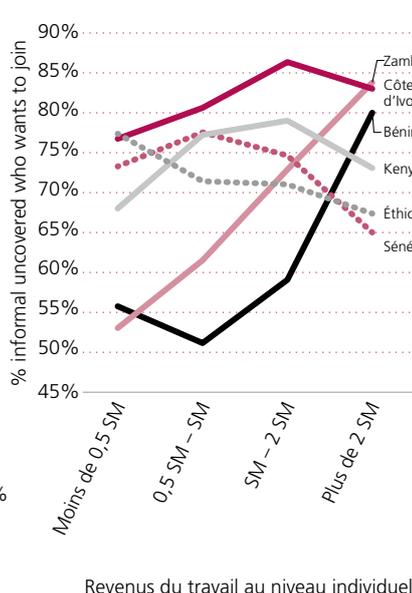
Figure 4.4

Volonté des travailleurs du secteur informel (non-membres) de s'affilier à un régime d'assurance maladie

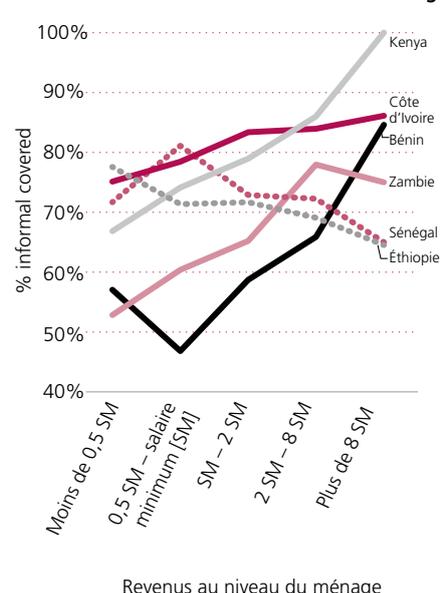
4.4.1

Selon la localisation urbaine/rurale

4.4.2

Selon revenus du travail au niveau individuel

4.4.3

Selon revenus du travail au niveau du ménage

4.3.1 Volonté d'adhérer

Parmi les travailleurs du secteur informel qui ne sont pas couverts, une nette majorité a exprimé son intérêt à adhérer à un régime social d'assurance maladie. Cette proportion varie de 56 à 58 pour cent au Bénin et en Zambie à 71 à 74 pour cent en Éthiopie, au Kenya et au Sénégal, et à 81 pour cent en Côte d'Ivoire. Il n'y a pas de différence significative entre les femmes et les hommes (Tableau 4.A6 en annexe), tandis que le fait de vivre en zone urbaine ou rurale est pertinent dans trois pays (Kenya, Sénégal, Côte d'Ivoire) mais ne joue aucun rôle dans les autres pays (Bénin, Éthiopie, Zambie).

En revanche, la capacité à payer les cotisations influence manifestement la volonté d'adhérer à un régime d'assurance maladie, comme le montre la prise en compte du revenu individuel ou du revenu du ménage (Figures 4.4.2 et 4.4.3). Cette corrélation positive concerne l'ensemble des six pays, avec toutefois quelques réserves parmi les travailleurs informels aux niveaux de revenus supérieurs, notamment au Sénégal et en Éthiopie, où le manque de confiance prédomine.¹³ Dans une moindre mesure, la volonté de cotiser augmente également dans la majorité des six pays parallèlement au niveau d'éducation (Tableau 4.A7). Le niveau d'éducation est souvent associé à un revenu plus élevé, mais peut-être aussi à un niveau plus élevé de sensibilisation aux droits, obligations et services. Enfin, les employeurs semblent généralement plus intéressés par l'adhésion à un régime d'assurance maladie que les travailleurs indépendants et les employés (Tableau 4.A8). Il n'est pas possible ici d'évaluer si ce sont des raisons

personnelles et familiales ou leur intérêt à couvrir leurs employés qui les motivent.

4.3.2 Raisons de ne pas vouloir adhérer

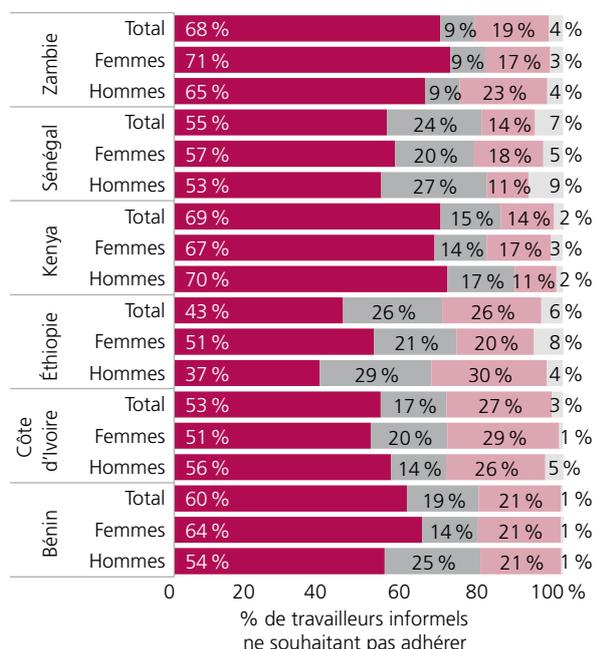
Une autre manière d'évaluer les facteurs qui influencent la volonté des personnes de payer des cotisations est de demander directement à ceux qui ne veulent pas s'affilier à un régime la raison principale de leur manque d'intérêt ou de leur indifférence. La sensibilisation est une condition préalable à l'évaluation de l'influence d'autres facteurs, tels que la pauvreté ou la méfiance, et est fortement liée à la connaissance de l'existence de l'assurance maladie. En fait, seule une minorité ne connaît pas le fonctionnement de l'assurance maladie et ne sait pas comment procéder : 15 pour cent au plus des travailleurs informels ne sont pas intéressés par l'adhésion à un régime au Sénégal et au Kenya, environ 20 pour cent en Zambie ou au Bénin, et plus de 25 pour cent en Éthiopie et en Côte d'Ivoire.

Le manque de capacité financière est la principale raison invoquée par ceux qui ne souhaitent pas s'affilier. Cette catégorie constitue le groupe le plus important en Éthiopie (43 pour cent) et la majorité (plus de la moitié) dans les cinq autres pays (53 à 55 pour cent en Côte d'Ivoire et au Sénégal, 60 pour cent au Bénin et près de 70 pour cent au Kenya et en Zambie). Plus que les hommes, les femmes considèrent la question financière comme le principal obstacle (Figure 4.5.1), à l'instar des travailleurs informels moins instruits, par exemple au Bénin, en Éthiopie et au Sénégal (Figure 4.5.3), et des employés, des travailleurs familiaux contribuant à l'entreprise familiale et des travailleurs indépendants plus que les employeurs (Tableau 4.A9 en annexe). Les différences selon les zones de résidence ne révèlent au-

¹³ Dans ces deux pays, la CMU et le CBHI sont associés à la couverture des personnes pauvres, et donc les personnes des quintiles de revenus supérieurs, indépendamment de la formalité de l'emploi, peuvent ne pas avoir une opinion favorable de ces régimes.

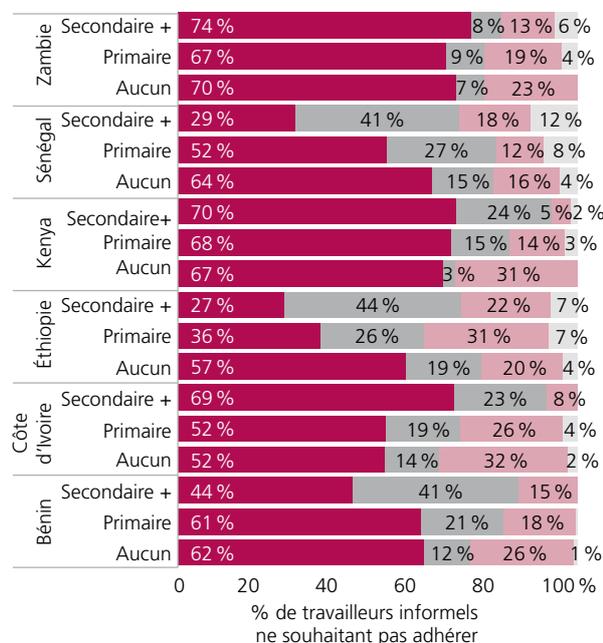
Figure 4.5
Raisons de ne pas s'affilier à un régime d'assurance maladie

4.5.1 Par sexe



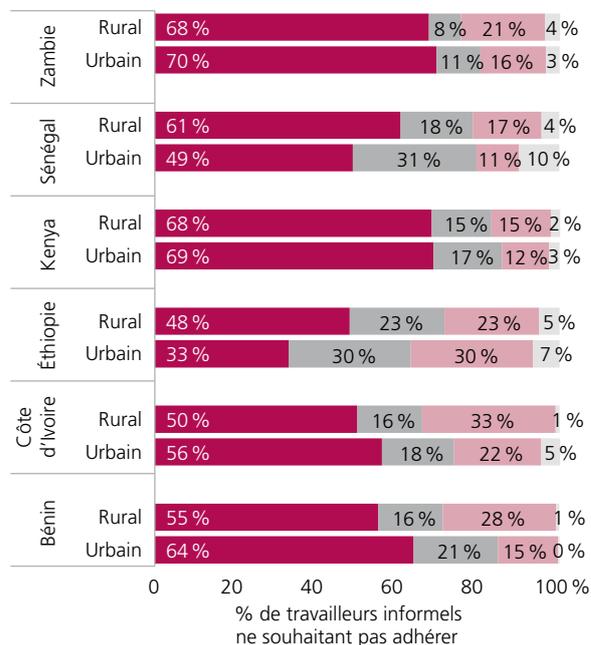
- Ressources financières insuffisantes
- Aucune confiance envers les régimes d'assurance maladie
- Aucune connaissance quant au fonctionnement de ces régimes
- Autres

4.5.3 Par niveau d'éducation



- Ressources financières insuffisantes
- Aucune confiance envers les régimes d'assurance maladie
- Aucune connaissance quant au fonctionnement de ces régimes
- Autres

4.5.2 Par zone rurale-urbaine

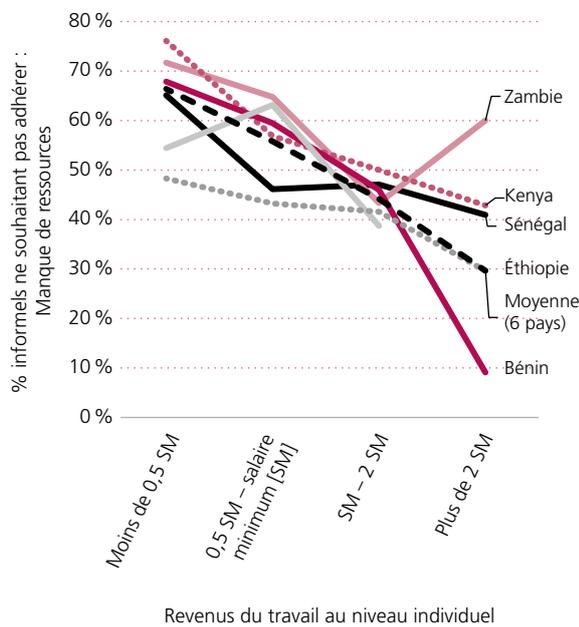


- Ressources financières insuffisantes
- Aucune confiance envers les régimes d'assurance maladie
- Aucune connaissance quant au fonctionnement de ces régimes
- Autres

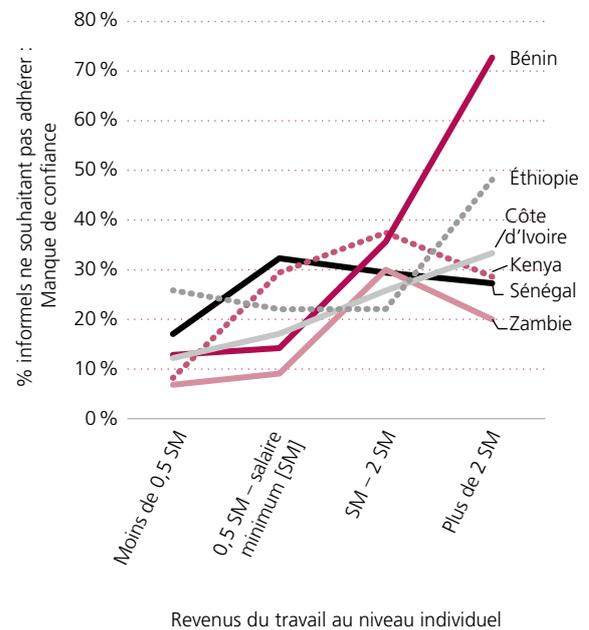
Figure 4.6

Principales raisons de ne pas s'affilier à un régime d'assurance maladie par niveau de revenu

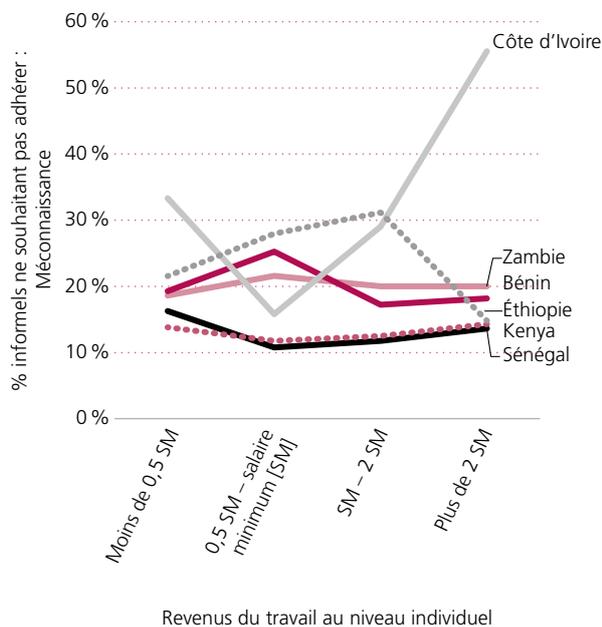
4.6.1

Manque de ressources

4.6.2

Manque de confiance

4.6.3

Méconnaissance

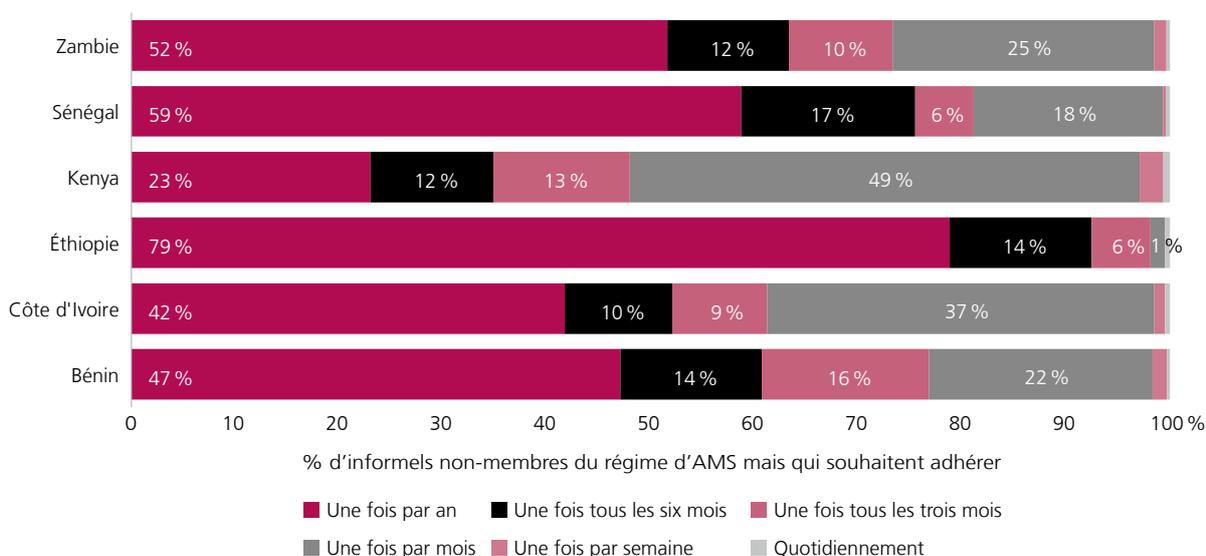
cune tendance cohérente entre les pays.¹⁴ De toute évidence, le manque de capacité financière est mentionné comme la principale raison par ceux dont les revenus du travail sont les plus faibles. Si l'on considère la moyenne dans les six pays : 66 pour cent des travailleurs informels gagnant moins de la moitié du salaire minimum mentionnent les obstacles financiers comme principale raison de leur non-adhésion,

¹⁴ L'absence de différences entre zones urbaines et rurales en Zambie et au Kenya confirme dans une certaine mesure l'absence de différences significatives dans l'accès aux soins de santé en fonction de la zone de résidence, comme le montre le Chapitre 2.

contre moins de 30 pour cent pour ceux qui gagnent plus de deux fois le salaire minimum (Figure 4.6.1). Cela met en lumière l'importance de politiques élaborées avec soin pour étendre la couverture à l'économie informelle et pour s'assurer que l'on ne surestime pas les capacités contributives lorsqu'il s'agit de régimes contributifs. Ce qui est nécessaire, c'est une compréhension approfondie de la diversité des situations dans l'économie informelle et, par conséquent, des options réalistes.

Le manque de confiance dans les régimes d'assurance maladie est mentionné par moins de 10 pour cent des

Figure 4.7

Périodicité préférée de paiement des cotisations pour les personnes qui souhaitent adhérer à un régime d'assurance maladie

personnes interrogées en Zambie, mais par 24 à 26 pour cent au Sénégal et en Éthiopie, et par 15 à 19 pour cent au Kenya, en Côte d'Ivoire et au Bénin. La confiance diminue à mesure que le niveau d'éducation augmente (Figure 4.5.3). Au Bénin, en Éthiopie et au Sénégal, le défaut de confiance dans les régimes d'assurance maladie est mentionné par plus de 40 pour cent des personnes ayant au moins un niveau de scolarité secondaire. La méfiance tend également à gagner en importance avec l'augmentation du niveau de revenu (Figure 4.6.2).

Si la méconnaissance est avant tout une question d'information et d'éducation (ce que confirment les données du Bénin, de la Côte d'Ivoire, du Kenya et de la Zambie, comme le montre la Figure 4.5.3), alors une plus grande transparence et des campagnes d'information publiques bien conçues pour s'assurer que les travailleurs informels connaissent leurs droits et leurs prestations pourraient réduire considérablement l'importance de ce groupe (Traub-Merz/Öhm 2021). La pauvreté et la méfiance semblent être les principaux obstacles à l'extension de la couverture des régimes sociaux d'assurance maladie. Pour lutter contre la pauvreté, il faut une combinaison de mécanismes financiers reposant sur des régimes non contributifs et/ou une subvention partielle ou totale des cotisations d'assurance sociale pour les groupes à faibles revenus. Pour instaurer la confiance, il faut une action institutionnelle visant à renforcer la transparence et la responsabilité, parallèlement à des actions de la part des citoyens afin d'améliorer la connaissance et la culture de la sécurité sociale, notamment la santé et la culture de la formalité (BIT 2021d). Il est nécessaire de conjuguer les approches pour s'attaquer aux causes les plus courantes des lacunes identifiées pour les différents groupes. Ainsi, l'évaluation et la compréhension de cette diversité de besoins appellent des solutions différentes.

4.3.3 Modalités de paiement privilégiées par les personnes souhaitant adhérer

Pour en revenir aux personnes désireuses d'adhérer et aux modalités qu'elles préfèrent concernant la fréquence des paiements et le montant des cotisations qu'elles seraient prêtes à verser, l'enquête met en évidence certaines tendances communes.

4.3.3.1 Périodicité préférée de paiement des cotisations

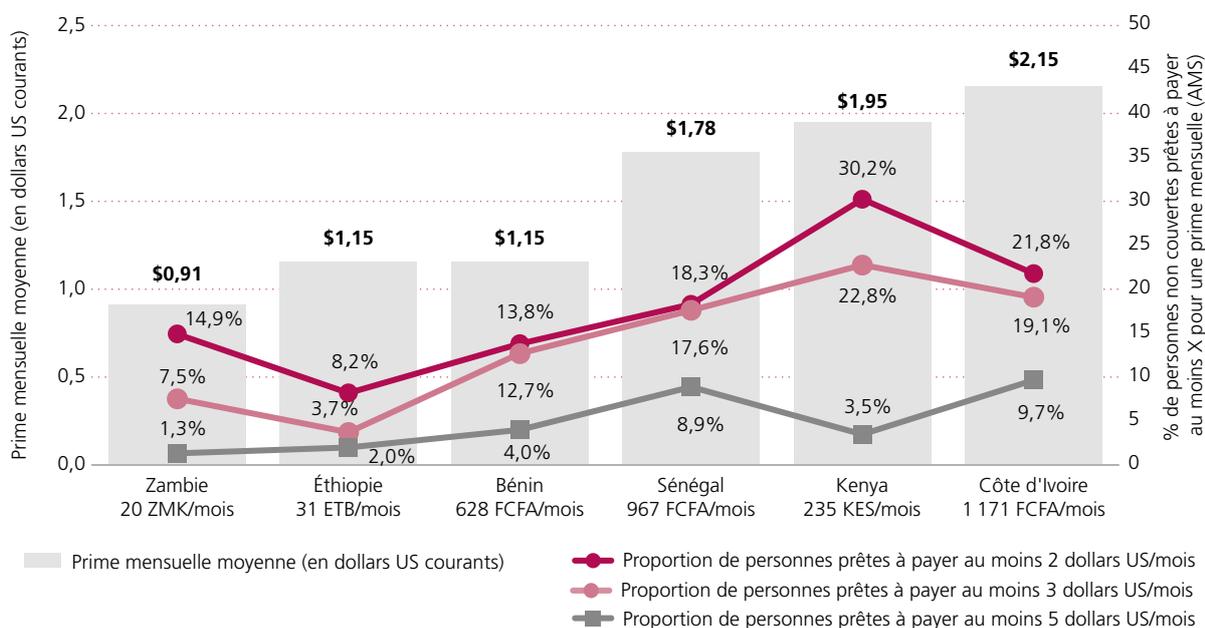
En cohérence avec les revenus irréguliers et imprévisibles qui caractérisent la plupart des travailleurs de l'économie informelle – à l'exception du Kenya – près de la moitié ou plus de la moitié des travailleurs informels (qui ne sont pas encore affiliés à un régime d'assurance maladie) préféreraient payer des cotisations une fois par an. Cette proportion varie de 42 à 47 pour cent au Bénin et en Côte d'Ivoire, à 52–59 pour cent en Zambie et au Sénégal et 79 pour cent en Éthiopie. La forte préférence pour des paiements non mensualisés confirme le besoin de flexibilité des dispositions légales par rapport à des règlements mensuels, qui s'appliquent généralement aux employés réguliers du secteur formel. Le paiement des cotisations une ou deux fois par an est l'option préférée, en particulier dans les zones rurales (notamment en Zambie et en Côte d'Ivoire) et parmi les travailleurs informels appartenant à des « ménages totalement informels ».

4.3.3.2 Niveau de cotisation que les travailleurs du secteur informel seraient prêts à payer

Les résultats concernant le niveau de contribution que les travailleurs informels seraient prêts à payer pour adhérer à un régime social d'assurance maladie sont basés sur une question directe appelant une réponse spontanée, sans référence à un ensemble particulier de prestations de santé prises en charge. Ces montants doivent donc être considérés comme une estimation approximative du niveau jugé raisonnable. Dans le cadre de cette enquête portant sur plusieurs pays, l'objectif est d'abord de confirmer que les gens sont prêts

Figure 4.8

Niveau des cotisations suggéré par des non-membres par rapport à divers indicateurs de référence



à adhérer à un régime de santé, même si cela a un coût, et ensuite de déterminer un niveau approximatif de cotisation que les répondants seraient prêts à payer.

À l'exception de quelques personnes qui ont déclaré ne pas vouloir payer, quelle que soit la somme, tous les répondants ont indiqué un montant dont ils étaient prêts à s'acquitter. Malgré les limites inhérentes à cette méthode, une fois la cotisation convertie dans une monnaie commune, il y a peu de variation entre les six pays dans les montants proposés par habitant. En moyenne, les répondants étaient prêts à payer les cotisations mensuelles suivantes : Bénin, 628 francs CFA ; Côte d'Ivoire, 1 171 francs CFA ; Éthiopie, 32 birrs éthiopiens ; Kenya, 235 shillings kenyans ; Sénégal, 967 francs CFA ; et Zambie, 20 kwachas zambiens. Convertis en dollars américains par mois, les travailleurs du secteur informel souhaitant adhérer à un régime d'assurance seraient prêts à payer l'équivalent d'environ un dollar américain par mois en Zambie, au Bénin et en Éthiopie et jusqu'à environ deux dollars au Sénégal, au Kenya et en Côte d'Ivoire (Figure 4.8).

Si l'on considère le pourcentage de travailleurs désireux de s'affilier et prêts à payer, entre 8,2 pour cent en Éthiopie et 30,2 pour cent au Kenya seraient prêts à cotiser l'équivalent d'au moins deux dollars américains par mois et par personne, tandis qu'entre 1,3 pour cent en Zambie et 9,7 pour cent en Côte d'Ivoire seraient prêts à payer l'équivalent d'au moins cinq dollars par mois.

Sachant que ces « montants déclarés » ne font pas référence à un ensemble spécifique de prestations mais plutôt à un « ensemble attendu » qui peut varier d'une personne interrogée à l'autre, la comparaison des « niveaux de cotisation envisagés » avec les cotisations des régimes existants permet de procéder à un « test grandeur nature » approximatif. Cette comparaison est proposée ci-dessous pour trois des six pays : Bénin, Kenya et Sénégal.

Au Bénin, les montants fixés par les trois régimes de référence (les mutuelles de santé, la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS) et le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU)) varient entre 850 francs CFA et 1 200 francs CFA. En moyenne, les personnes interrogées au Bénin sont prêtes à payer 628 francs CFA, ce qui correspond en moyenne à plus de 50 pour cent des primes des régimes de protection maladie existants. Toutefois, cette valeur moyenne est dictée par le nombre limité de répondants qui donnent des valeurs élevées. En termes de répartition effective, il apparaît que près de 20 pour cent des répondants s'acquitteraient de la totalité de la prime dans le cadre de la CMPS ou du RAMU et que plus d'un tiers s'approcherait de la moitié de la valeur réelle des cotisations des régimes existants.

Au Kenya, le NHIF dispose d'un barème de cotisation détaillé pour les employés qui commence à 150 shillings kenyans (mensuels) pour les salaires ne dépassant pas 5 999 shillings kenyans et atteint jusqu'à 1 700 shillings kenyans pour les

Tableau 4.1

Valeurs des cotisations dans les régimes existants et comparaison avec les « montants spontanés » proposés au Bénin.

Bénin	Assurance maladie mutuelle	Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS)	Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU)
Cotisation	1.200	850	1.000
Pourcentage prêt à payer le montant total	13,6	21,0	20,9
Pourcentage prêt à payer la moitié du montant	27,4	35,0	35,0

salaires de 100 000 shillings kenyans ou plus. Les niveaux de cotisation diffèrent entre les salariés et les travailleurs indépendants. Les travailleurs indépendants ne sont pas regroupés en tranches de revenus mais se voient appliquer un taux forfaitaire de 500 shillings kenyans. En appliquant les différents critères aux personnes interrogées en fonction de leur niveau de revenu et de leur statut professionnel, 20 à 25 pour cent des travailleurs du secteur informel ne sont pas encore couverts, mais sont intéressés par une adhésion et seraient prêts à payer le montant total des cotisations du National Health Insurance Fund (NHIF). En outre, 32 à 40 pour cent proposent spontanément un montant correspondant à la moitié de la valeur actuelle des cotisations.

Au Sénégal, 57 pour cent des travailleurs du secteur informel ont proposé un montant supérieur à la cotisation annuelle actuelle de 3 500 francs CFA¹⁵ pour adhérer à la CMU.

La volonté et la capacité de payer un certain niveau de prime soulève la question – aux fins d'étendre la couverture aux salariés – de la contribution partagée de l'employeur et du salarié, complétée – ou non – par l'État. Les salariés ne sont pas censés assumer l'intégralité du coût de l'assurance maladie, y compris en l'absence de subventions publiques.¹⁶ Ce n'est pas le cas pour les employés du secteur formel, il n'y a donc aucune raison que ce le soit pour ceux du secteur informel salarié. Il est essentiel que les employeurs soient impliqués et aient la volonté et la capacité de payer, et que cette situation soit pérenne.

4.4 OBSERVATIONS FINALES

Les travailleurs du secteur informel et les membres de leur famille sont confrontés de manière disproportionnée aux lacunes de la couverture santé, même par rapport aux systèmes de santé nationaux qui donnent accès à des soins gratuits. En moyenne, sur les six pays, 14,5 pour cent des travailleurs du secteur informel cotisent à un régime social d'assurance maladie et 1,9 pour cent de plus sont couverts par une assurance maladie privée, notamment par une micro-assurance. Si l'on tient compte de l'accès aux soins médicaux gratuits, plus de 72 pour cent des travailleurs de l'économie informelle ne sont toujours pas couverts par une assurance maladie ou ne peuvent pas accéder à des soins médicaux gratuits en cas de besoin. L'informalité n'est souhaitable ni pour les travailleurs (pas d'accès à un travail décent), ni pour la capacité d'un pays à générer des revenus suffisants pour redistribuer

réellement les richesses et lutter contre les inégalités. La facilitation de la transition vers la formalité devrait également constituer un objectif en vue d'assurer un meilleur accès à la protection, en particulier la protection sociale de la santé. L'extension de la protection sociale est un élément clé des processus progressifs de formalisation. Elle contribue – avec d'autres mesures – à assurer un niveau de base, la stabilité et la prévisibilité des revenus et à améliorer la productivité. Ce faisant, elle participe à réduire l'exposition à la pauvreté, à améliorer l'accès aux soins de santé et à permettre aux travailleurs informels de saisir les opportunités économiques (BIT 2021d). Dans les pays qui ont opté pour un système national d'assurance sociale pour toutes les prestations de protection sociale, l'extension devrait être conçue de manière à garantir la solidarité du financement pour l'ensemble de la population, et la facilitation de la transition vers la formalité participe de cet effort.

Des progrès ont été réalisés ces dernières années pour étendre la protection financière vis-à-vis des coûts des soins de santé, y compris dans les six pays étudiés. Certains de ces progrès sont pris en compte dans les résultats (Éthiopie, Kenya et Zambie), tandis que dans d'autres pays, il était encore trop tôt pour confirmer une extension significative (Côte d'Ivoire¹⁷ et, dans une moindre mesure, Bénin et Sénégal¹⁸). Les résultats présentés dans ce chapitre mettent en évidence l'intérêt largement partagé pour l'adhésion à un régime social d'assurance maladie, mais aussi certains des obstacles auxquels sont confrontés les travailleurs informels en matière d'accès à l'assurance maladie comme aux services de santé nationaux. Près de 69 pour cent en moyenne de la majorité des travailleurs informels qui ne sont pas encore couverts expriment leur volonté de cotiser. À quelques exceptions près, ils sont prêts à payer, mais pour la plupart, une subvention au moins partielle des cotisations serait nécessaire. Fait important, les résultats mettent en évidence des différences dans les principaux déterminants des écarts, appelant à une variété d'approches, chacune adaptée à la trajectoire du pays concerné et à sa politique nationale.

En pratique, les pays qui avaient initialement mis en place un service national de santé (financé par l'impôt) lors de leur accession à l'indépendance ont fait machine arrière pendant la période d'ajustement structurel des années 1980 et 1990 et ont commencé à introduire des frais d'utilisation. Sur cette base, compte tenu des troubles sociaux et des résultats sanitaires négatifs engendrés, les pays ont adopté une série de mesures (combinant généralement un régime social d'assurance maladie limité au secteur formel, voire restreinte aux fonctionnaires et aux militaires, et des programmes de soins gratuits, soit uniquement pour les pauvres, soit catégoriques pour les soins maternels et infantiles). Ces programmes ont

¹⁵ La cotisation par bénéficiaire est de 7 000 francs CFA par an, subventionnée à 50 pour cent par l'État (BIT, 2021b).

¹⁶ Voir la Convention n° 152 concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, art. 71 sur le partage des coûts: « Le coût des prestations assurées en application de la présente convention et les frais d'administration de ces prestations doivent être financés collectivement par voie de cotisations ou d'impôts, ou par les deux voies conjointement, selon des modalités qui évitent que les personnes à faibles ressources n'aient à supporter une trop lourde charge et qui tiennent compte de la situation économique du membre concerné et de celle des catégories de personnes protégées. Le total des cotisations d'assurance à la charge des salariés protégés ne doit pas dépasser 50 pour cent du total des ressources affectées à la protection des salariés, de leurs épouses et enfants. »

¹⁷ La couverture maladie universelle est officiellement entrée dans sa phase opérationnelle le 1er janvier 2020 en Côte d'Ivoire (Jeune Afrique 2020).

¹⁸ Au Sénégal, la couverture maladie universelle était un programme en cours au moment de l'enquête, mais récemment, une attention spécifique a été portée aux entreprises indépendantes, à compte propre et aux petites entreprises du secteur du commerce et de l'artisanat, permettant aux travailleurs de l'économie informelle de ces secteurs de s'inscrire (BIT 2021b).

laissé de larges pans de la population sans couverture, en particulier le « chaînon manquant », en particulier les personnes employées dans l'économie informelle qui ne sont pas couvertes par une assurance maladie liée à l'emploi et qui ne sont pas assez pauvres pour être ciblées par l'aide sociale. Pour les pays qui ont adopté un modèle de service national de santé, dans lequel la couverture est assurée par des soins gratuits financés par l'impôt dans des établissements publics, la présente étude offre des résultats limités. Un seul des pays étudiés (la Zambie) entre dans la catégorie des soins de santé primaires gratuits financés par les impôts. Mais même dans ce pays, seuls 40 pour cent des travailleurs du secteur informel appartiennent à des ménages qui ont eu accès à des services gratuits, et il reste encore beaucoup à faire pour améliorer les capacités des services de santé au niveau primaire et pour inclure des systèmes de protection financière pour les services de santé secondaires.¹⁹

Pour les pays qui ont opté pour un modèle de régime social d'assurance maladie, une compréhension approfondie de l'économie informelle est nécessaire, ainsi qu'une approche différenciée des différents groupes, en fonction de leur capacité à contribuer et de leur volonté de le faire.²⁰ Cette dernière est influencée non seulement par la capacité financière mais aussi par la connaissance des institutions et la confiance à leur égard. En fonction de la capacité et de la volonté de cotiser, trois groupes principaux peuvent être identifiés :

- **Groupe 1. Sans capacité de cotiser.** Un premier groupe est composé de travailleurs et de familles n'ayant pas la capacité de cotiser, du moins à court terme. Ce qui importe, c'est leur accès à la protection de la santé malgré leur incapacité à cotiser et indépendamment de leur volonté de le faire. Pour eux, la protection sociale de la santé devrait prendre la forme de prestations de santé non contributives au travers de cotisations entièrement subventionnées par l'État pour tous les travailleurs à faible revenu. Comme pour les autres groupes mentionnés ci-dessous, ces mesures devraient être complétées notamment par des interventions visant à réduire les déficits de travail décent et, au-delà, les vulnérabilités afin de soutenir le processus progressif de transition vers la formalité; à sensibiliser aux droits et aux prestations en utilisant les canaux appropriés en termes de soutien à la communication et de moyens de transmettre le message et d'atteindre les personnes concernées; à lever les obstacles administratifs et géographiques à l'inscription et à l'accès effectif aux prestations; et, de la part des

institutions, à renforcer la responsabilité et la disponibilité effective, l'accessibilité et l'adéquation des services de santé.

- **Groupe 2. Ayant la capacité de cotiser et souhaitant adhérer.** Ce deuxième groupe est composé de travailleurs occupant un emploi informel ayant une certaine capacité de cotisation, même si elle n'est que partielle, et qui ont exprimé leur volonté d'adhérer à un régime social d'assurance maladie. D'après les données, en moyenne, 54 pour cent des travailleurs de l'économie informelle désireux de s'affilier gagnent au moins la moitié du salaire minimum et 24 pour cent gagnent au moins le salaire minimum. Les mesures devraient viser à supprimer les obstacles qui empêchent de traduire cette volonté de cotiser en une couverture effective. L'accès à l'assurance sociale devrait être facilité par l'adaptation des modalités prévues par la loi pour s'affilier au régime, notamment l'inscription, le paiement des cotisations et l'accès aux prestations et services. Il s'agit notamment de subventionner partiellement les cotisations des personnes ayant une capacité contributive limitée, qui souhaitent s'affilier mais ne sont pas en mesure d'assumer la totalité des coûts, tout en maintenant les incitations à la formalisation. Il s'agit également d'adapter la périodicité de paiement des cotisations à leur situation (par exemple, en tenant compte du revenu annuel plutôt que mensuel, ce qui permet une plus grande flexibilité quant à l'échéancier de paiement des cotisations), en s'appuyant sur de larges catégories de cotisations pour déterminer le revenu du travail ou d'autres valeurs de référence (autres que les gains) (BIT 2019, 2021e). Les mesures de soutien à l'inscription pourraient également inclure des accords d'inscription ou d'assurance collectifs pour faciliter les procédures administratives par le biais d'une organisation de travailleurs (comme une coopérative ou une association de producteurs ruraux, ou des syndicats) comme intermédiaire entre les travailleurs et l'organisme de sécurité sociale. Cela permettrait, par exemple, aux travailleurs à leur compte (qui représentent encore la majorité des travailleurs informels) de conclure des accords d'assurance collective ou de groupe avec un régime d'assurance sociale, à condition d'appartenir à une organisation pouvant s'avérer un partenaire efficace dans le cadre d'un tel accord (BIT 2019). Les mesures visant à remédier au défaut d'information – sensibilisation à leurs droits et à la manière de procéder pour s'affilier aux régimes d'assurance maladie et obtenir l'accès aux services et aux prestations – devraient également concerner ce deuxième groupe, de même que les mesures visant à lever les obstacles géographiques qui empêchent l'accès aux prestations et aux services.²¹

¹⁹ La Zambie envisage actuellement de mettre en place un régime social d'assurance maladie pour les services de santé secondaires, tout en maintenant l'approche de gratuité pour les services primaires.

²⁰ Pour tous les travailleurs du secteur informel (et leur famille), la capacité et la volonté de cotiser supposent d'abord que les « lacunes juridiques » aient été comblées, notamment en étendant les droits inscrits dans la loi à tous les travailleurs et à leur famille, indépendamment du secteur, du type et de la durée du contrat, des seuils en termes de taille d'entreprise, d'es heures de travail ou des revenus. Les mesures destinées à soutenir l'extension du régime social d'assurance maladie devraient être complétées par des mesures visant à renforcer la capacité à adhérer durablement, notamment des mesures afin d'améliorer la productivité (accès au financement, aux marchés, à la propriété, etc.).

²¹ Ces mesures comprennent le développement des points d'accès physiques en augmentant le nombre de bureaux locaux, en créant des bureaux mobiles et des terminaux en libre-service, ainsi que l'introduction de points d'accès mobiles, en ligne et autres points d'accès à distance (BIT 2021d).

- **Groupe 3. Ayant la capacité de cotiser mais ne souhaitant pas adhérer.** Près de la moitié des travailleurs informels qui ne souhaitent pas s'affilier gagnent en moyenne (sur les six pays) plus de la moitié du salaire minimum et près de 20 pour cent gagnent au moins le salaire minimum. Toutes les mesures proposées pour le groupe 2 s'appliquent également à ce groupe, mais doivent être complétées par des interventions visant à remédier aux raisons de leur réticence à s'affilier, à savoir un défaut de connaissance et un manque de confiance. La sensibilisation et le renforcement de la confiance concernent tout le monde, mais sont particulièrement importants pour le troisième groupe. Les interventions visant à renforcer la capacité des individus et des entreprises à adhérer à un régime d'assurance maladie et, plus généralement, à rejoindre l'économie formelle, ainsi que les mesures prises par les organismes pour faciliter et encourager leur participation (en s'attaquant aux coûts excessifs, à la complexité de la législation ou au manque d'adaptation) sont nécessaires, mais pas suffisantes. Il est essentiel de renforcer la volonté d'adhérer. La volonté n'est pas seulement une question de choix individuel, elle est largement déterminée par la perception de l'équité et de la responsabilité des institutions. L'objectif est d'obtenir une participation et/ou une mise en conformité volontaire. Il ne s'agit pas seulement de changer les attitudes des personnes mais aussi de réformer les institutions elles-mêmes. Ainsi, pour ce groupe, les interventions d'appoint devraient viser à changer la perception des travailleurs (en tant que citoyens) de l'économie informelle: informer les travailleurs et les employeurs de leurs droits et obligations par le biais de campagnes médiatiques et de partenariats avec les organisations de travailleurs et d'employeurs, notamment celles qui représentent les personnes du secteur informel; améliorer la disponibilité et l'accessibilité de l'information pour tous et promouvoir « l'alphabétisation en matière de santé et de sécurité sociale » et une « culture de la formalité ». Il est probable que les campagnes d'éducation et de sensibilisation, qui visent à changer les attitudes à l'égard du travail informel, ne seront couronnées de succès que si des changements sont apportés aux institutions formelles. Pour ce dernier groupe, comme pour tous les autres, il est nécessaire de réformer les institutions formelles et d'investir dans l'orientation et la satisfaction des clients pour améliorer leur responsabilité, leur transparence et leur bonne gouvernance et ainsi renforcer la confiance dans les institutions.

Les expériences des pays ont montré que des solutions existent pour étendre la protection sociale de la santé en termes de couverture, d'adéquation et d'équité. Parmi les facteurs déterminants: (i) le respect des dix principes de la protection sociale en matière de santé²² tout au long de la conception et des dispositions institutionnelles de la couverture santé (BIT 2020); (ii) l'adéquation des niveaux et des modalités de financement public, découlant d'un engagement de haut niveau en faveur de la couverture santé universelle/ de la protection sociale de la santé; et (iii) les capacités à gérer les systèmes de protection sociale de la santé de manière rentable, notamment les liens avec des systèmes de protection sociale contributifs et non contributifs plus larges et d'autres politiques, notamment en facilitant la transition vers la formalité.

²² Il n'existe pas d'approche unique qui permettrait aux gouvernements de garantir la protection de la santé pour tous. Les normes internationales énoncent des principes directeurs pour garantir une protection universelle tenant compte du partage des risques, de l'équité et de la solidarité – entre les groupes de revenus, les hommes et les femmes, les générations d'âge – d'une manière fiscalement, économiquement et socialement durable: principe 1 – universalité de la protection; principe 2 – diversité des approches et réalisation progressive; principe 3 – partage des risques et solidarité dans le financement; principe 4 – responsabilité globale et première de l'État; principe 5 – adéquation des prestations; principe 6 – prévisibilité des prestations; principe 7 – non-discrimination, égalité des sexes et inclusion sociale; principe 8 – viabilité budgétaire et économique en ce qui concerne la justice sociale et l'équité; principe 9 – participation, dialogue social et responsabilité; et principe 10 – intégration dans des systèmes de protection sociale complets (BIT 2020).

RÉFÉRENCES

BIT (2015): Recommandation n° 204 concernant la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle : https://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/previous-sessions/104/texts-adopted/WCMS_377776/lang--fr/index.htm

– (2018): *Femmes et hommes dans l'économie informelle : un panorama statistique*. Genève : Bureau international du Travail : https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_734075.pdf

– (2019): Extending social security to workers in the informal economy. Lessons from international experience : <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=55728>

(2020): Social Protection Spotlight. Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles : https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_740724.pdf

– (2021a): *Rapport mondial sur la protection sociale 2020-22: La protection sociale à la croisée des chemins – bâtir un avenir meilleur* : https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_848691.pdf

– (2021b): Mapping of the National Social Protection System in Ethiopia, Including Social Health Protection : https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---ddg_p/documents/publication/wcms_821183.pdf

– (2021c): Revue globale et analyse du système national de protection sociale du Sénégal; available at: <https://socialprotection-pfm.org/wp-content/uploads/2021/04/WEB-Revue-globale-du-systeme-de-protection-sociale.pdf>

(2021d): La transition de l'économie informelle vers l'économie formelle – Théorie du changement : https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_771731.pdf

(2021e): Extending social security to workers in the informal economy. Lessons from international experience. Good practices guide (en ligne) : <https://www.social-protection.org/gimi/gess/gess/Emodule.action?id=59>

Health Economics Research Unit (2019): Policy Brief. Towards universal health coverage in Kenya: Are we on the right path? KEMRI Wellcome Trust Research Programme, Nairobi Kenya : <https://kemri-wellcome.org/wp-content/uploads/2019/04/200-MEASURING-PROGRESS-TOWARDS-UNIVERSAL-HEALTHCARE-COVERAGE.pdf>

Jeune Afrique (2020): Côte d'Ivoire: la couverture maladie universelle, un immense défi pour le gouvernement. Mars 2020 : <https://www.jeuneafrique.com/mag/902959/societe/Côte-divoire-la-couverture-maladie-universelle-un-immense-defi-pour-le-gouvernement/>

OCDE-OIT (2019): Tackling Vulnerability in the Informal Economy, Centre de développement de l'OCDE, Publications de l'OCDE, Paris : <https://doi.org/10.1787/939b7bcd-en>

Ortiz, Isabel/Anis Chowdhury/Fabio Duran-Valverde/Taneem Muzaffar/Stefan Urban (2019): *Fiscal Space for Social Protection: A Handbook for Assessing Financing Options*.

Schwettmann, Jürgen (2022): Vers une couverture sanitaire universelle. Les cas du Bénin, de la Côte d'Ivoire, de l'Éthiopie, du Kenya, du Sénégal et de la Zambie. Berlin : Friedrich-Ebert-Stiftung.

Traub-Merz, Rudolf/Öhm, Manfred (2021): Accès aux services de santé. Une demande clé de la main-d'œuvre informelle en Afrique — Résultats d'enquêtes nationales représentatives en Afrique subsaharienne. Berlin : Friedrich-Ebert-Stiftung.

Sites web

Universal Health Coverage Partnership. Zambie : <https://www.uhpartnership.net/country-profile/zambia/>

Zambie. Site web du ministère de la Santé : <https://www.moh.gov.zm/?p=6229>

ANNEXE

Composition de la base d'adhérents des régimes sociaux ou privés d'assurance maladie

Tableau 4.A2

Composition de la base d'adhérents des régimes d'assurance maladie par sexe (fréquence)

	Hommes			Femmes		
	AMS	AMP (y compris micro-assurance)	Total	AMS	AMP (y compris micro-assurance)	Total
Bénin	0,4	0,4	0,8	1,6	1,8	3,4
Côte d'Ivoire	7,3	2,8	10,1	7,4	3,0	10,4
Éthiopie	34,8	0,7	35,5	34,6	1,3	35,9
Kenya	20,8	3,2	24,0	23,4	3,7	27,0
Sénégal	3,2	2,2	5,4	7,7	3,6	11,3
Zambie	1,3	0,0	1,3	1,4	1,4	2,8

Tableau 4.A3

Composition de la base d'adhérents des régimes d'assurance maladie selon le lieu de résidence rural/urbain (fréquence)

	Urbain			Rural		
	AMS	AMP (y compris micro-assurance)	Total	AMS	AMP (y compris micro-assurance)	Total
Bénin	1,8	1,8	3,6	0,5	0,6	1,1
Côte d'Ivoire	9,4	4,8	14,2	4,9	0,7	5,6
Éthiopie	21,5	3,4	24,9	38,3	0,3	38,6
Kenya	21,7	5,4	27,1	22,3	2,6	24,9
Sénégal	5,3	4,0	9,4	5,2	1,6	6,8
Zambie	1,1	1,3	2,5	1,5	0,4	1,9

Tableau 4.A4

Composition de la base d'adhérents des régimes d'assurance maladie (y compris AMS et AMP) par niveau d'éducation (fréquence)

	Aucune instruction	Primaire incomplet	Primaire	Secondaire	Universitaire	Total
Bénin	1,2	1,5	4,3	5,3	3,4	2,3
Côte d'Ivoire	8,0	6,5	12,0	15,5	30,2	10,3
Éthiopie	37,2	34,7	35,0	35,0	33,3	35,7
Kenya	11,7	15,4	23,2	33,9	58,0	25,6
Sénégal	5,7	7,5	10,5	9,3	21,7	8,1
Zambie	0,0	1,2	2,0	4,7	8,3	2,2
Moyenne (6 pays)	16,6	14,1	14,2	24,1	27,7	16,4

Tableau 4.A5

Composition de la base d'adhérents des régimes d'assurance maladie (y compris AMS et AMP) selon revenus du travail au niveau individuel (fréquence)

	Moins de 0,5 SM	0,5 SM	SM – 2 SM	Plus de 2 SM	Total
Bénin	1,6	2,3	3,2	5,2	2,3
Côte d'Ivoire	7,9	7,7	14,3	24,3	10,2
Éthiopie	35,3	36,6	31,4	32,8	34,9
Kenya	17,8	29,9	45,0	40,9	25,8
Sénégal	5,1	7,4	11,2	24,7	8,3
Zambie	1,3	3,0	3,1	7,5	2,1

Note: SM = salaire minimum

Volonté de s'affilier à un régime social d'assurance maladie

Tableau 4.A6

Volonté de s'affilier selon le sexe (fréquence)

	Hommes	Femmes	Total
Bénin	59,0	76,4	55,9
Côte d'Ivoire	81,3	79,7	80,6
Éthiopie	73,2	72,5	72,9
Kenya	70,8	70,4	70,6
Sénégal	73,3	75,1	74,1
Zambie	57,4	58,9	58,3
Moyenne (6 pays)	70,0	67,3	68,8

Tableau 4.A7

Volonté de s'affilier et d'utiliser les services, par niveau d'éducation (fréquence)

	Aucune instruction	Primaire incomplet	Primaire	Secondaire	Universitaire	Total
Bénin	53,5	58,0	57,8	50,0	58,9	55,9
Côte d'Ivoire	77,6	82,9	80,1	85,4	86,4	80,6
Éthiopie	69,2	76,2	76,3	70,8	66,7	72,9
Kenya	55,6	63,4	74,1	77,3	63,2	70,6
Sénégal	69,6	76,8	73,4	73,7	76,5	74,1
Zambie	42,0	55,7	57,1	71,8	70,0	58,3
Moyenne (6 pays)	65,0	70,5	68,2	73,5	70,5	68,7

Tableau 4.A8

Volonté de s'affilier selon le statut professionnel

	Employeur	Travailleur indépendant	Salariés	Travailleur familial	Total
Sénégal	82,3	74,3	68,6	37,5	74,1
Zambie	68,1	56,7	64,2	61,5	58,0
Kenya	72,7	72,1	67,9	71,4	70,7
Bénin	64,8	55,0	55,5	63,6	56,1
Côte d'Ivoire	91,3	80,5	76,4	76,9	80,6
Éthiopie	68,0	73,3	66,0	83,3	72,9
Moyenne (6 pays)	76,0	68,2	67,7	70,3	68,7

Tableau 4.A9

Raisons de la réticence à s'affilier à un régime d'assurance maladie selon le statut professionnel (fréquence)

		Ressources financières insuffisantes	Aucune confiance envers les régimes	Aucune connaissance quant au fonctionnement de ces régimes	Autre	Total
Bénin	Employeurs	54,1	13,5	32,4	...	100
	Travailleurs indépendants	60,6	17,4	21,2	0,8	100
	Salariés	64,2	26,4	9,4	...	100
	Travailleurs familiaux	87,5	...	12,5	...	100
Côte d'Ivoire	Employeurs	37,5	...	62,5	...	100
	Travailleurs indépendants	51,4	19,9	26,7	2,1	100.1
	Salariés	61,7	12,8	19,1	6,4	100
	Travailleurs familiaux	50,0	...	50,0	...	100
Éthiopie	Employeurs	31,3	31,3	31,3	6,1	100
	Travailleurs indépendants	43,9	25,3	25,6	5,2	100
	Salariés	53,3	20,0	20,0	6,7	100
	Travailleurs familiaux	0,0	50,0	33,3	16,7	100
Kenya	Employeurs	42,9	35,7	21,4	...	100
	Travailleurs indépendants	66,9	15,8	15,0	2,3	100
	Salariés	76,3	11,8	9,7	2,2	100
	Travailleurs familiaux	66,7	...	16,7	16,7	100
Sénégal	Employeurs	55,6	33,3	5,6	5,6	100
	Travailleurs indépendants	53,2	23,4	16,6	6,8	100
	Salariés	64,6	20,8	6,3	8,3	100
	Travailleurs familiaux	20,0	60,0	...	20,0	100
Zambie	Employeurs	66,7	...	33,3	...	100
	Travailleurs indépendants	69,0	10,4	17,2	3,4	100
	Salariés	67,6	...	26,5	5,9	100
	Travailleurs familiaux	53,8	...	38,5	7,7	100

5

LES RETOMBÉES ÉCONOMIQUES DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 SUR L'ÉCONOMIE INFORMELLE : QUI A SOMBRÉ DANS LA PAUVRETÉ ?

Christoph Strupat

5.1 INTRODUCTION

La pandémie de Covid-19 a déclenché une récession mondiale majeure (Banque mondiale 2020). La peur généralisée de contracter le virus, associée à des mesures politiques strictes visant à contenir sa propagation, a provoqué de graves perturbations des moyens de subsistance.

Pour comprendre l'incidence d'ensemble de la pandémie sur les pays à faible revenu, il est nécessaire de prendre en compte l'économie informelle. Les personnes qui occupent un emploi informel sont particulièrement vulnérables aux effets sanitaires et économiques négatifs des chocs externes, tels que la pandémie. En outre, elles constituent 90 pour cent de toutes les unités économiques en Afrique subsaharienne (Bonnet et al. 2019). L'économie informelle nourrit des vulnérabilités critiques et diverses : (i) les employés du secteur informel sont plus exposés aux risques de santé et de sécurité en raison des mauvaises conditions d'hygiène et de sécurité de leur environnement de travail, et de l'accès limité aux services de santé publics ; (ii) ils sont confrontés à des risques économiques plus importants résultant de la combinaison de faibles revenus, d'une forte dépendance aux revenus quotidiens pour survivre, et de difficultés d'accès au crédit et à la protection sociale.

Compte tenu de ces vulnérabilités, il est important d'examiner les impacts économiques de la pandémie de Covid-19 sur l'économie informelle et de déterminer quels types de ménages ont sombré dans la pauvreté monétaire. En outre, il est nécessaire d'explorer si les gouvernements ont pris les mesures adéquates pour soutenir les ménages travaillant dans l'économie informelle par l'extension de la protection sociale. En répondant à ces questions, il est possible de conseiller les décideurs politiques sur le ciblage des futurs programmes de soutien économique ou de protection sociale afin de réduire plus efficacement la pauvreté monétaire liée à la pandémie.

Pour identifier les retombées économiques de la pandémie, de nombreux organismes de recherche travaillant dans des pays à faible revenu ont privilégié les enquêtes téléphoniques. Si ce type d'enquête peut être utilisé pour fournir des informations utiles sur la situation actuelle, elles ne peuvent pas remplacer entièrement les enquêtes en personne. Les

principales limites sont le biais d'échantillonnage, car elles ne peuvent être réalisées qu'auprès de personnes disposant d'un téléphone en état de marche. C'est, par exemple, une préoccupation majeure dans les zones rurales où seuls 40 à 60 pour cent des ménages ont accès à un téléphone (Wieser et al. 2020). Les ménages possédant un téléphone sont généralement plus instruits et plus riches, ce qui implique que les enquêtes téléphoniques rurales dans les pays à faible revenu risquent de passer à côté des ménages ruraux les plus vulnérables.

Afin de surmonter les limites des enquêtes téléphoniques, nous avons mené des enquêtes en personne dans les économies informelles de Côte d'Ivoire et d'Éthiopie, juste après l'assouplissement des mesures de confinement. L'objectif de ce chapitre est de présenter des preuves descriptives à l'échelle nationale dans ces pays afin de dresser un tableau complet des retombées économiques de la crise de la Covid-19 sur l'économie informelle et de montrer si les ménages ont basculé dans la pauvreté, et si oui, quels types de ménage. En outre, le chapitre examine si les gouvernements ont également réagi en soutenant les ménages travaillant dans l'économie informelle et si cette réponse a contribué à atténuer la pauvreté monétaire.

5.2 PROPAGATION DE LA COVID-19 ET MESURES DE CONFINEMENT

Le premier cas de Covid-19 a été confirmé en Éthiopie le 13.3.2020. Au 19.2.2021, on comptait 151 016 cas et 2 260 décès. L'écrasante majorité de ces cas et de ces décès ont eu lieu dans la capitale, Addis-Abeba. Le premier cas a été confirmé en Côte d'Ivoire le 11.3.2020. Au 19.2.2021, on comptait 31 825 cas de Covid-19 et 185 décès. L'écrasante majorité de ces cas et décès se sont produits dans la capitale, Abidjan.

Les premières mesures politiques visant à limiter la propagation du virus en Éthiopie ont été annoncées le 16.3.2020, trois jours seulement après le premier cas confirmé. Le gouvernement éthiopien a fermé les écoles, interdit tous les rassemblements publics et les activités sportives, et encouragé la distanciation physique. Les voyageurs en provenance de l'étranger ont été placés en quarantaine obligatoire, les

bars ont été fermés jusqu'à nouvel ordre et les déplacements terrestres transfrontaliers ont été interdits. Plusieurs gouvernements régionaux ont imposé des restrictions sur les transports publics et autres déplacements de véhicules entre les villes et les zones rurales. Ces restrictions étaient notamment en vigueur à Addis-Abeba. L'état d'urgence au niveau fédéral a été déclaré le 8.4.2020. Les frontières terrestres ont été fermées, sauf pour le fret. Les masques sont devenus obligatoires dans les espaces publics. Des restrictions en matière de transport public à travers le pays et le transport urbain ont également été imposées, par exemple en limitant la capacité de transport des prestataires de transport public à la moitié de leur capacité habituelle. Certaines régions administratives ont pris des mesures encore plus strictes, en fermant les restaurants et en limitant les déplacements entre les zones rurales et urbaines. Cependant, contrairement à d'autres pays de la région, le pays n'a jamais connu de confinement complet limitant fortement les déplacements, imposé de couvre-feux ni fermé complètement toutes les frontières.

En Côte d'Ivoire, après que les premiers cas ont été diagnostiqués en mars 2020, le gouvernement a mis en place des mesures de confinement. Les mesures de confinement comprenaient des restrictions à la circulation entre Abidjan et le reste du pays pour contenir la propagation de la pandémie. Le gouvernement a mis en œuvre des mesures pour limiter la propagation de la Covid-19 en trois étapes. Tout d'abord, le 16.3.2020, le gouvernement a fermé les frontières terrestres, aériennes et maritimes pour une durée indéterminée. Il a également mis des informations à la disposition des passagers entrant dans le pays, tout en améliorant la surveillance et le traçage des contacts. À partir du 23.3.2020, les écoles ont été fermées et les événements, cérémonies et rassemblements de plus de 50 personnes ont été interdits. Les commerces de détail non essentiels, ainsi que les bars, restaurants et lieux de divertissement ont dû fermer. En outre, un couvre-feu a été instauré de 21 heures à 5 heures du matin à Abidjan. Enfin, le 31.3.2020, les autorités ont restreint les déplacements entre Abidjan et les zones rurales, à l'exception du transport de marchandises et des services essentiels. La plupart des mesures ont été levées successivement en juillet 2020.

Comme le niveau et l'intensité des mesures d'endiguement étaient moins stricts dans les zones rurales que dans les zones urbaines et, en particulier, dans les capitales, il est possible que les retombées économiques négatives sur l'économie informelle soient plus importantes dans les zones urbaines. Pour examiner si c'est le cas, l'analyse fera la distinction entre la capitale, les autres zones urbaines et les zones rurales.

5.3 RÉSULTATS

5.3.1 Emploi

L'un des principaux résultats économiques de l'analyse concerne l'emploi. Comme de nombreux travailleurs de l'économie informelle dépendent de leurs revenus quotidiens pour survivre, il est important d'examiner si la pandémie et les mesures de confinement ont affecté les possibilités de travailler ou si les répondants ont perdu leur emploi en raison de la crise de la Covid-19. La plupart des personnes occupant un emploi informel résident dans des zones rurales et la majorité d'entre elles travaillent dans l'agriculture. Compte tenu de cette situation, l'incidence relative de la pandémie sur l'emploi est généralement faible dans les zones rurales. Dans les zones urbaines, l'inquiétude concernant les effets négatifs sur l'emploi est plus réelle. La Figure 5.1 montre la part des ménages dans lesquels un ou plusieurs membres ont perdu leur emploi/perspective d'emploi à cause de la pandémie.¹ En moyenne, 30 pour cent des ménages en Côte d'Ivoire ont indiqué avoir perdu leur emploi/perspective d'emploi, et 20 pour cent des ménages en Éthiopie. Les différences entre les zones urbaines et rurales sont importantes dans les deux pays. Il semble que deux fois plus de personnes dans les zones urbaines ont indiqué avoir perdu des perspectives de travail que dans les zones rurales.

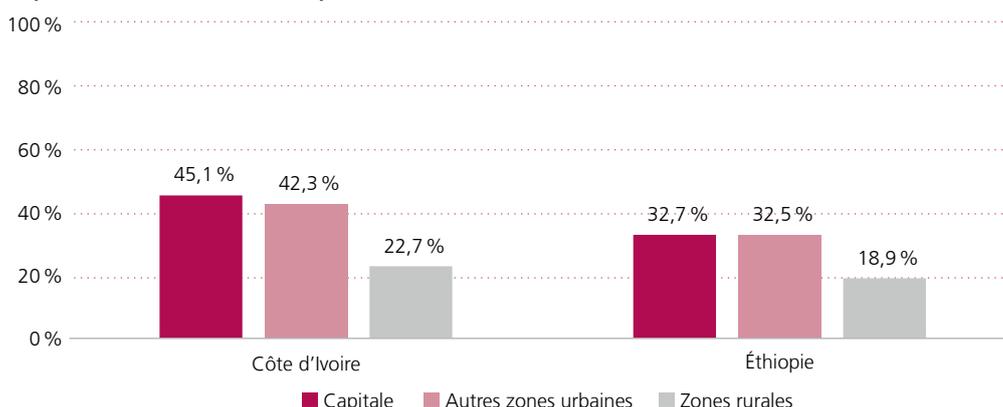
5.3.2 Revenus au niveau du ménage

Afin de comprendre les effets de la pandémie et des mesures de confinement sur les revenus des ménages, on a demandé aux chefs de famille ou à la personne la mieux informée du ménage de comparer les revenus récents du ménage aux re-

¹ Veuillez noter que cette analyse porte sur les ménages dont un membre au moins travaille dans le secteur informel.

Figure 5.1

Perte de perspectives de travail ou d'un emploi à cause de la Covid-19



venus à la même période de l'année précédant la pandémie. Les options de réponse sont généralement qualitatives, par exemple: « Les revenus étaient plus faibles », « identiques » ou « plus élevés ». Si ces réponses donnent une idée de l'orientation des revenus, elles sont très difficiles à interpréter lorsqu'il s'agit d'évaluer l'ampleur ou la gravité de la perte de revenus (De Weerd 2008). Ainsi, il a été demandé aux chefs de famille ou à la personne la mieux informée du ménage de fournir une estimation du montant des revenus du ménage. Cela permet de calculer la baisse relative des revenus du ménage due à la pandémie. Tous les indicateurs de revenu sont des estimations auto-déclarées et rétrospectives, mais les réponses peuvent également être influencées par les attentes liées aux futurs flux de revenus dans un contexte d'incertitude généralisée pendant la pandémie. En gardant à l'esprit ces importantes réserves, la Figure 5.2 indique les parts des ménages des deux pays qui ont déclaré avoir subi une baisse de leurs revenus en raison de la pandémie. Environ 60 pour cent des ménages en Côte d'Ivoire et 56 pour cent en Éthiopie ont indiqué que les revenus du ménage avaient diminué au cours des derniers mois en raison de la pandémie/des réponses politiques. Alors qu'en Côte d'Ivoire, nous ne constatons pas de différences significatives entre les zones urbaines et rurales, les zones rurales d'Éthiopie semblent avoir été beaucoup moins touchées par les consé-

quences négatives de la pandémie sur les revenus que les zones urbaines. Ce résultat est conforme aux conclusions concernant les pertes d'emploi, dont les effets sont les plus faibles dans les zones rurales d'Éthiopie.

5.3.3 Pauvreté monétaire

Afin de comprendre dans quelle mesure la diminution des perspectives d'emploi et des revenus des ménages a entraîné des changements dans la pauvreté monétaire des ménages, les chefs de famille devaient d'abord indiquer si les « revenus du ménage étaient inférieurs », « identiques » ou « supérieurs » au cours du dernier mois par rapport au même mois avant la pandémie. Après avoir répondu à cette question, ils devaient préciser le montant des revenus qu'ils avaient gagnés ou perdus en raison de la pandémie. Ces informations permettent d'évaluer les revenus des ménages avant et pendant la pandémie et d'explorer les évolutions possibles en termes de pauvreté monétaire des ménages. Les ménages sont définis comme pauvres en termes de revenus lorsque le revenu du ménage par habitant est égal ou inférieur au seuil international d'extrême pauvreté. En Côte d'Ivoire, les ménages qui gagnent moins que le salaire minimum légal de 30 000 francs CFA (54 dollars US par mois) sont considérés comme pauvres. En Éthiopie, les ménages qui gagnent moins de 1 500 Birr (41 dollars US par mois) sont considérés

Figure 5.2
Baisse déclarée des revenus des ménages en raison de la pandémie de Covid-19

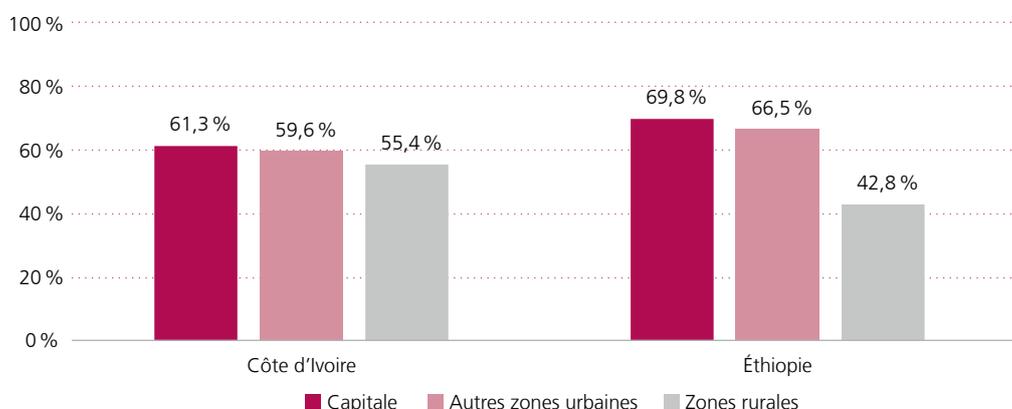


Figure 5.3
Pauvreté monétaire avant et pendant la pandémie

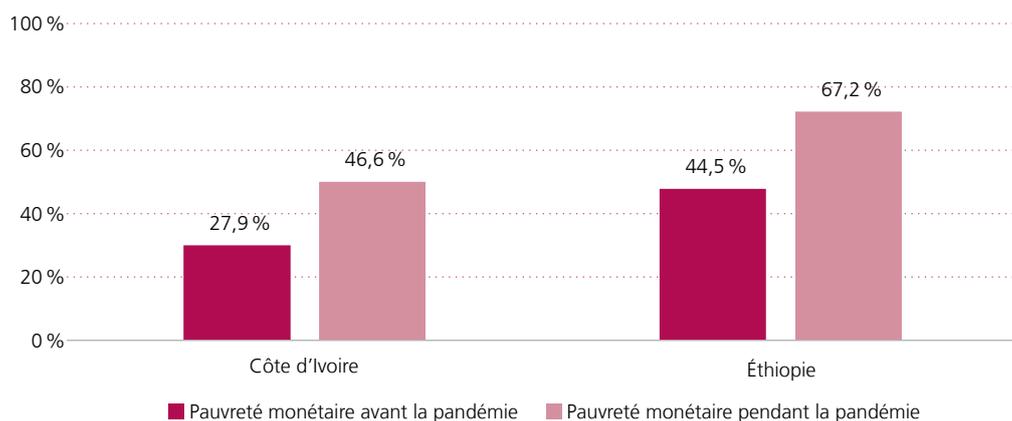
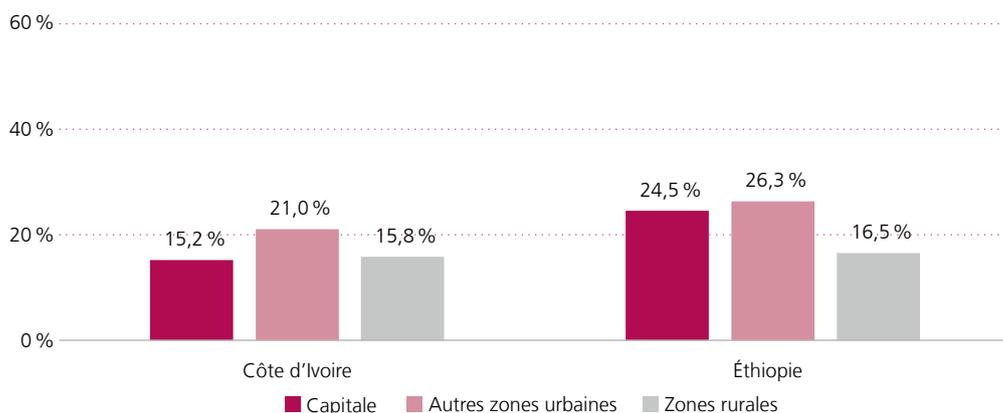


Figure 5.4

Augmentation de la pauvreté monétaire par région due à la Covid-19

comme pauvres en termes de revenus.² La Figure 5.3 montre comment la part des ménages considérés comme « pauvres en termes de revenus » a évolué en raison de la pandémie de Covid-19. En Côte d'Ivoire, la pauvreté monétaire des ménages a augmenté de 19 points de pourcentage. Avant la pandémie, près d'un tiers des personnes travaillant dans l'économie informelle étaient pauvres en termes de revenus, alors qu'après la première vague de la pandémie, ce chiffre représentait la moitié. En Éthiopie, les niveaux de pauvreté monétaire sont généralement plus élevés, mais on observe une augmentation similaire de la pauvreté monétaire de 23 points de pourcentage. Près de 70 % des personnes ayant un emploi gagnent un revenu inférieur ou égal au seuil d'extrême pauvreté. Afin d'étudier si ces changements varient entre les zones urbaines et rurales, la Figure 5.4 illustre l'évolution de la pauvreté monétaire pour les capitales, les autres zones urbaines et les zones rurales.

La pauvreté monétaire a augmenté dans une plus large mesure dans les zones urbaines que dans les zones rurales. La part des ménages considérés comme pauvres en termes de revenus a augmenté de 16 points de pourcentage dans les zones rurales des deux pays. En revanche, la pauvreté monétaire urbaine a augmenté de 25 points de pourcentage en Éthiopie, et d'un peu moins en Côte d'Ivoire, avec 21 points de pourcentage dans les autres zones urbaines.

Afin d'étudier quels types de ménages sont confrontés à la pauvreté monétaire en raison de la pandémie, la perspective de l'analyse change et se concentre sur les caractéristiques des ménages. Ainsi, quels types de ménages sont tombés dans la pauvreté monétaire et ces « nouveaux pauvres » diffèrent-ils des ménages qui étaient déjà pauvres avant la pandémie ? Les différences entre les deux groupes pourraient indiquer, par exemple, une urbanisation et une féminisation de la pauvreté monétaire dues à la pandémie.

Les Tableaux 5.A1 et 5.A2 de l'annexe présentent les moyennes de diverses caractéristiques des ménages pour ceux qui ont sombré dans la pauvreté monétaire et ceux qui

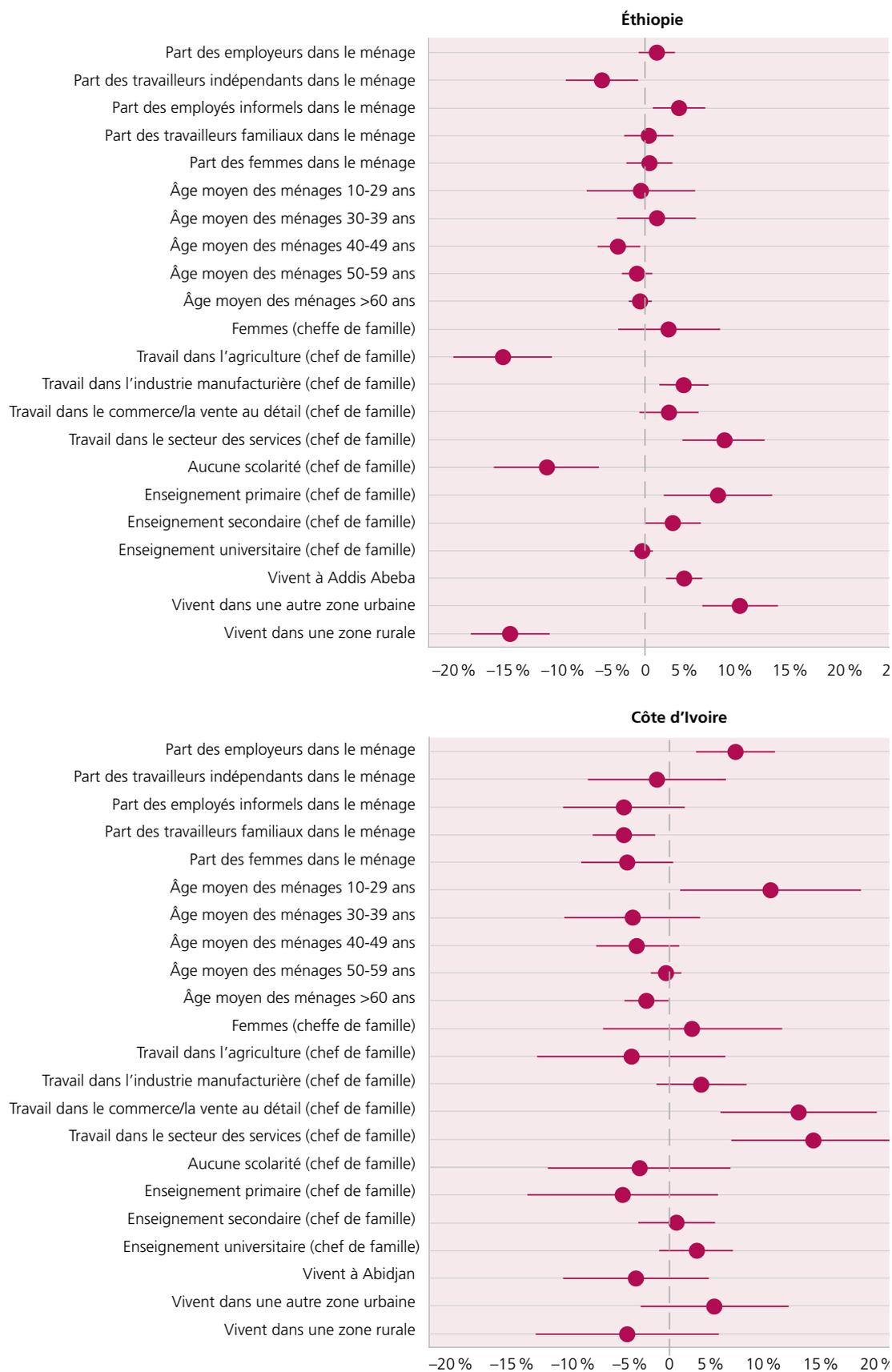
étaient déjà pauvres avant la pandémie. Nous commençons par décrire les caractéristiques générales des nouveaux ménages pauvres en termes de revenus des deux pays. Comme nous disposons d'informations sur le statut d'emploi informel de tous les membres des nouveaux ménages pauvres, nous pouvons constater que la plupart des membres de ces derniers travaillent à leur compte et sont âgés en moyenne de 10 à 29 ans. Les chefs de famille des nouveaux ménages pauvres sont principalement des femmes qui ont suivi un cycle scolaire primaire.

Outre ces caractéristiques générales des nouveaux ménages pauvres, il est important de comprendre si la pandémie a fait basculer dans la pauvreté des types spécifiques de ménages, qui diffèrent du profil des ménages déjà pauvres. Comme nous disposons d'informations détaillées sur le chef de famille, mais aussi sur tous les autres membres des nouveaux ménages pauvres en termes de revenus et des ménages pauvres préexistants, nous pouvons étudier ce qui les différencie. La Figure 5.5 présente les différences entre les deux groupes. Les différences détaillées des moyennes sont présentées dans la colonne 3 des Tableaux 5.A1 et 5.A2. Une différence positive entre les deux groupes indique que la moyenne de l'indicateur est plus importante pour les nouveaux ménages pauvres en termes de revenus que pour les ménages déjà pauvres avant la pandémie. Une différence négative indique le contraire.

Le premier tableau de la Figure 5.5 présente les différences de moyennes pour l'Éthiopie. Les nouveaux pauvres en termes de revenus diffèrent en plusieurs aspects des ménages déjà pauvres avant la pandémie. Les ménages des nouveaux pauvres comprennent une proportion plus élevée de travailleurs informels et sont plus nombreux à vivre dans des zones urbaines. En outre, la part des chefs de famille qui travaillent dans les secteurs non agricoles, manufacturiers et les services est plus importante que chez ceux qui étaient déjà pauvres. Il est intéressant de noter que la proportion de chefs de famille ayant suivi un enseignement primaire ou secondaire est plus élevée chez les nouveaux pauvres, alors que chez ceux qui étaient déjà pauvres, la proportion de chefs de famille sans instruction était plus importante. La part des ménages dont le chef de famille est une femme

² Dans les deux pays, les seuils sont inférieurs au taux international d'extrême pauvreté de 1,9 dollar américain par personne et par jour.

Figure 5.5
Différences entre les nouveaux et les anciens pauvres en termes de revenu



Note : la figure présente les résultats de la colonne 3 des Tableaux A1 et A2. Elle illustre la différence de moyennes (cercles pleins) entre ceux qui sont devenus pauvres en termes de revenus à cause de la pandémie et ceux qui étaient déjà pauvres avant la pandémie. Les intervalles de confiance à 95 pour cent (ligne horizontale) sont ajoutés pour chacun des indicateurs.

semble être légèrement plus importante parmi les nouveaux ménages. Dans l'ensemble, les résultats indiquent que le profil des nouveaux pauvres est plus urbain et plus instruit, par rapport aux anciens pauvres, qui sont plus ruraux, moins instruits et dépendent principalement de l'agriculture. Un plus grand nombre de membres des ménages des nouveaux pauvres travaillent comme employés informels dans les secteurs de la fabrication ou des services.

Le second tableau de la Figure 5.5 présente les différences de moyennes pour la Côte d'Ivoire. Plusieurs différences entre les nouveaux et les anciens pauvres peuvent être observées ici aussi. Les ménages des nouveaux pauvres comprennent une part plus élevée d'employeurs, sont en moyenne plus jeunes et vivent dans des zones urbaines. Comme en Éthiopie, la part des chefs de famille qui travaillent dans les secteurs de la fabrication et des services est plus importante chez les nouveaux pauvres. En outre, davantage de chefs de famille travaillent dans le secteur du commerce et de la vente au détail. Il est intéressant de noter que des différences en termes d'instruction peuvent être observées entre les deux groupes. Une part plus importante des chefs de famille des nouveaux pauvres ont suivi un cursus secondaire ou universitaire, indiquant que davantage de ménages plus instruits ont sombré dans la pauvreté monétaire à cause de

la pandémie. Globalement, les résultats pour la Côte d'Ivoire montrent que le profil des nouveaux pauvres est plus jeune, plus instruit et plus urbain. Davantage de chefs de famille travaillent dans le secteur du commerce/de la vente au détail ou des services. Contrairement à l'Éthiopie, les ménages des nouveaux pauvres comprennent une proportion plus élevée d'employeurs, alors qu'aucune différence dans la proportion de travailleurs à leur compte ou d'employés du secteur informel ne peut être observée entre les deux groupes.

5.4 RÉPONSES DU GOUVERNEMENT

Les deux gouvernements ont réagi à la pandémie Covid-19 en mettant en place des mesures de confinement et en soutenant leurs systèmes de soins de santé. Compte tenu de l'importance des retombées économiques négatives, il est nécessaire d'examiner si les gouvernements ont également adopté des mesures de soutien des ménages travaillant dans l'économie informelle. Il a été demandé aux personnes interrogées si leur ménage avait bénéficié d'une aide du gouvernement en termes d'alimentation, d'argent ou autre depuis le début de la crise de la Covid-19. La Figure 5.6 indique la proportion de ménages ayant bénéficié d'une aide du gouvernement. En Éthiopie, l'aide était concentrée

Figure 5.6
Aide reçue de la part du gouvernement durant la pandémie

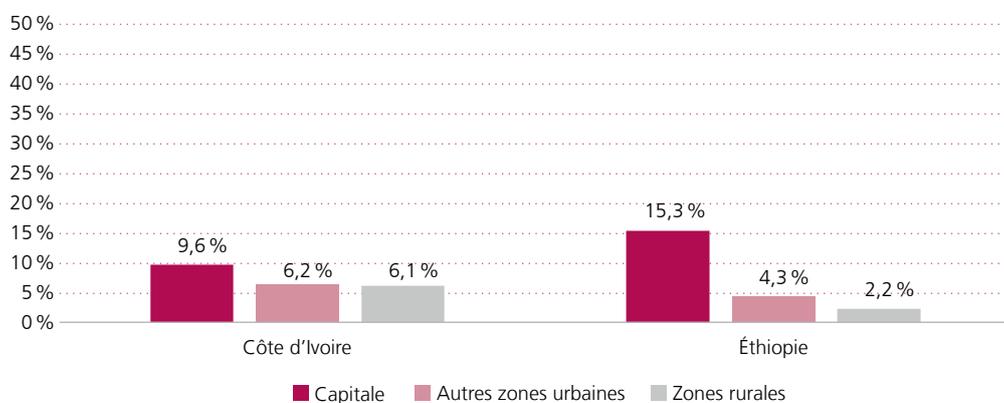
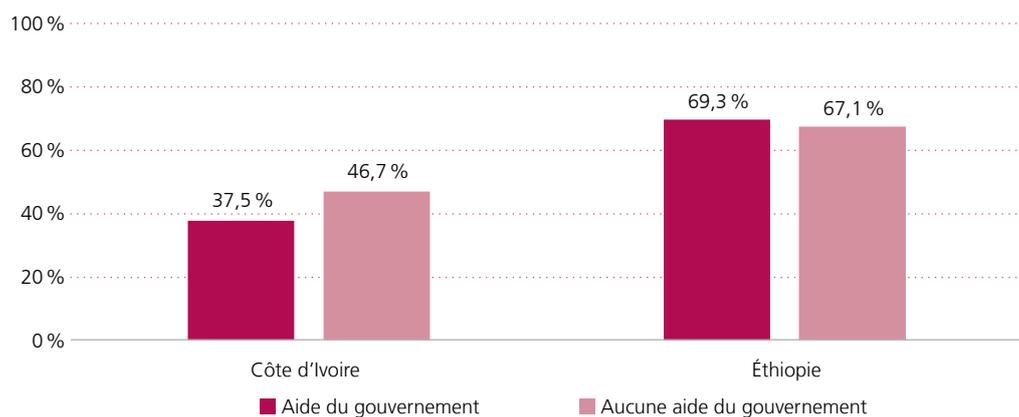


Figure 5.7
Pauvreté monétaire avec l'octroi d'une aide publique



à Addis-Abeba, mais ne concernait que 15 pour cent des ménages. En Côte d'Ivoire, l'aide était concentrée à Abidjan, mais ne concernait que 9,6 pour cent des ménages. Dans l'ensemble, l'aide gouvernementale globale ciblant l'économie informelle fait largement défaut dans les deux pays.

Le soutien limité en Côte d'Ivoire peut s'expliquer par l'important déséquilibre des fonds de soutien économique en faveur du secteur privé formel. Le gouvernement ivoirien a mis en place quatre fonds d'urgence jusqu'en juillet 2020. Cependant, deux de ces fonds étaient intégralement destinés au secteur privé formel (grandes entreprises et PME) et 11 000 milliards de francs CFA ont été débloqués au profit de 79 bénéficiaires seulement (Sanogo et al. 2020). Le fonds dédié au secteur informel n'a décaissé que 3,18 milliards de francs CFA au bénéfice de 130 000 ménages, tandis qu'un programme de virement de fonds d'urgence pour les personnes vulnérables a bénéficié à 100 000 ménages.

En Éthiopie, le faible niveau de soutien observé dans notre enquête peut s'expliquer par le fait qu'aucun programme de soutien économique ou d'extension des programmes de protection sociale en vigueur n'a été mis en œuvre par le gouvernement, principalement en raison de contraintes financières (Bischeler et al. 2020). Le ministère du Développement urbain et de la Construction avait prévu un programme temporaire de complément de revenu pour les travailleurs informels, mais il n'a jamais été mis en œuvre en raison du manque de fonds. Le projet avait été élaboré avec le soutien technique de la Banque mondiale. Ce programme était censé apporter trois mois d'aide sans conditions en espèces à environ 100 000 travailleurs informels qui avaient perdu leur emploi ou qui avaient fait faillite à cause de la pandémie. Le programme devait être financé par une opération de politique de développement (OPD) d'urgence de la Banque mondiale. Cependant, en raison de la dette et d'autres problèmes macroéconomiques, l'OPD ne s'est pas matérialisée et le programme n'a pas été mis en œuvre en l'absence de financement alternatif.

La Figure 5.7 présente la part des ménages pauvres en termes de revenus avec et sans aide gouvernementale permettant ainsi de vérifier si l'aide gouvernementale limitée dans les deux pays a contribué à atténuer la pauvreté monétaire. Il est intéressant de noter qu'en Côte d'Ivoire, la part des ménages pauvres est plus faible parmi ceux qui ont bénéficié d'une aide publique que parmi ceux qui n'en ont pas bénéficié. Il n'y a pas de différence en Éthiopie. Il semble que même un soutien limité du gouvernement puisse partiellement circonscrire l'impact économique de la pandémie sur les taux de pauvreté monétaire, du moins en Côte d'Ivoire.

5.5 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS POLITIQUES

L'activité économique dans le secteur informel a été fortement touchée par la pandémie de Covid-19. En moyenne, 60 pour cent des ménages des deux pays sont confrontés à une baisse de revenus et 20 à 30 pour cent ont perdu leur

emploi et des perspectives de travail. Les effets négatifs sur l'emploi sont moins importants que ce que l'on craignait initialement. Le fait que la majorité de la main-d'œuvre reste dans le secteur agricole signifie également que les emplois de la plupart des Éthiopiens et des Ivoiriens n'ont été que partiellement affectés par la crise. Toutefois, la conséquence négative la plus importante sur les revenus met en évidence les effets désastreux de la perturbation des chaînes de valeur qui touchent également les personnes vivant dans les zones rurales. En conséquence, les niveaux de pauvreté monétaire ont augmenté d'environ 20 points de pourcentage. Les effets négatifs les plus importants ont été constatés dans les zones urbaines. Le profil des personnes qui ont basculé dans la pauvreté monétaire en raison de la pandémie diffère considérablement de celui des personnes déjà pauvres. Les nouveaux pauvres sont plus souvent des citadins, plus jeunes et plus instruits que les anciens pauvres qui sont plus ruraux, moins instruits et dépendent principalement de l'agriculture. Chez les nouveaux pauvres, une part plus importante des membres des ménages travaillent comme employeur ou employé dans l'économie informelle dans les secteurs de la fabrication ou des services.

Malheureusement, les programmes d'aide sociale destinés à soutenir l'économie informelle pendant la pandémie font largement défaut dans les deux pays. Seuls quatre à sept pour cent des ménages interrogés dans le cadre de nos enquêtes ont bénéficié d'une aide du gouvernement. Les principales raisons de ce soutien limité relèvent de problèmes de financement, mais aussi d'un déséquilibre marqué dans le soutien apporté au secteur formel.

Cette différence dans le soutien économique apporté aux secteurs formel et informel représente désormais un énorme défi pour les pays où l'économie informelle tient une large place. La hausse de la pauvreté globale dans de nombreux pays d'Afrique est potentiellement due à l'augmentation de la pauvreté monétaire dans l'économie informelle. Ainsi, afin de réduire la pauvreté monétaire liée à la pandémie, il est vital de soutenir les travailleurs de l'emploi informel par des virements en espèces ou d'autres programmes d'assistance sociale. Les premières tentatives de mise en œuvre de tels programmes ont échoué dans de nombreux pays en raison de problèmes de financement. Étant donné que le financement des programmes sera plus difficile à l'avenir en raison de l'augmentation des niveaux d'endettement national, les décideurs politiques devraient hiérarchiser leurs ressources limitées et redistribuer les programmes d'assistance de sorte qu'ils soient adaptés et ciblés sur des types spécifiques de ménages de l'économie informelle afin de réduire efficacement la pauvreté monétaire liée à la pandémie et de se préparer aux chocs futurs.

Comme l'analyse de ce chapitre est axée sur les personnes qui ont sombré dans la pauvreté (les nouveaux pauvres en termes de revenus) en raison de la pandémie, les décideurs politiques devraient cibler les ménages avec un meilleur niveau scolaire et comprenant une part élevée d'employeurs ou d'employés du secteur informel travaillant dans les services et vivant dans des zones urbaines. L'analyse a montré

que ce groupe a basculé dans la pauvreté lors de la première vague de la pandémie et qu'il diffère dans une large mesure des premiers pauvres. Le fait de les cibler pourrait contribuer à une réduction efficace de la pauvreté monétaire liée à la pandémie.

Ce groupe de ménages plus instruits peut n'avoir besoin que d'un coup de pouce financier dans le cadre d'un programme de soutien pour échapper à la pauvreté monétaire.

En outre, il convient d'apporter une aide supplémentaire (également avec le soutien de donateurs extérieurs) aux pays dotés d'importantes économies informelles afin d'éviter un nouvel appauvrissement à l'avenir. Il est nécessaire de créer des systèmes de protection sociale adaptatifs capables de mieux répondre aux nouvelles vulnérabilités causées par des chocs covariables, tels que les pandémies ou l'impact du changement climatique. Les systèmes de protection sociale adaptatifs permettent d'augmenter le niveau des prestations pour les bénéficiaires actuels de la protection sociale (expansion verticale) et d'inscrire des bénéficiaires supplémentaires (« les nouveaux pauvres potentiels ») dans les programmes existants ou de créer de nouveaux programmes (expansion horizontale). La coopération au développement peut aider les pays à mettre en place de tels systèmes et à améliorer leurs capacités administratives pour adapter les régimes de protection sociale à l'aide d'un registre social uniforme des bénéficiaires (réels et potentiels), couvrant tous les travailleurs, y compris ceux du secteur informel. Les pays disposant de tels registres pourraient facilement explorer et combler les lacunes de leur couverture sociale à court terme.

RÉFÉRENCES

- Banque mondiale** (2020) : Communiqué de presse : La pandémie de COVID-19 plonge l'économie planétaire dans sa pire récession depuis la Seconde Guerre mondiale. Washington D.C. : La Banque mondiale.
- Bischler, J./Asheber, T./ Hobson, M.** (2020): Towards shock-responsive social protection: lessons from the COVID-19 response in „ *Shock-responsive social protection responses during COVID*, 19.
- Bonnet, F./Vaneck, J./Chen, M.** (2019): Women and men in the informal economy: A statistical brief. *International Labour Office, Geneva*.
- De Weerd, J.** (2008): Field notes on administering shock modules, in: *Journal of International Development: The Journal of the Development Studies Association*, 20(3), 398–402.
- Gevers, C./Buyoya, O./Moller, L. C./Coppola, A./Welmond, M. J./ Mathrani, S. W./Sanogo, T./Tiemann, A./Adoho, F. M./Coulibaly Y Epse Oyolola, J./Kim, M. D./Marchat, J. M. N./Rougeaux, S. M. P.** (2020): Taking Stock and Looking Ahead: Cote d'Ivoire and the COVID-19 Pandemic (English). Washington, D.C.: World Bank Group; available at: <http://documents.worldbank.org/curated/en/149401601444415154/Taking-Stock-and-Looking-Ahead-Cote-d-Ivoire-and-the-COVID-19-Pandemic>
- Wieser, C./Ambel, A. A./Bundervoet, T./Haile, A.** (2020): Monitoring COVID-19 Impacts on Households in ;, available at: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/33824/Results-from-a-High-Frequency-Phone-Survey-of-Households.pdf?sequence=5>

ANNEXE

Tableau 5.A1

Caractéristiques des nouveaux et des anciens pauvres en termes de revenus en Éthiopie

	(1) Nouveaux pauvres (moyenne en %)	(2) Anciens pauvres (moyenne en %)	(3) Écart (1-2)	Erreur type
Part des employeurs dans le ménage	4,36	3,09	1,28	1,89
Part travailleurs indépendants dans le ménage	77,39	82,70	-4,31**	1,84
Part des employés informels dans le ménage	10,27	6,50	3,77***	1,3
Part des travailleurs familiaux dans le ménage	8,00	7,71	0,29	1,27
Part des femmes dans le ménage	51,31	50,98	0,33	1,1
Âge moyen du ménage 10-29 ans	61,82	62,09	-0,27	2,68
Âge moyen du ménage 30-39 ans	17,17	15,50	1,68	2,03
Âge moyen du ménage 40-49 ans	2,83	5,27	-2,44**	1,14
Âge moyen du ménage 50-59 ans	1,21	1,96	-0,75	0,72
Âge moyen du ménage > 60 ans	0,40	0,93	-0,53	0,48
Femme (chefe de famille)	50,58	45,99	4,59	2,64
Travail dans l'agriculture (chef de famille)	48,99	63,97	-14,98***	2,53
Travail dans la manufacture (chef de famille)	7,47	3,62	3,86***	1,19
Travail dans le commerce/la vente au détail (chef de famille)	10,1	7,75	2,35	1,54
Travail dans le secteur des services (chef de famille)	33,43	24,67	8,76***	2,09
Aucune éducation (chef de famille)	36,36	49,80	-13,44***	2,73
Enseignement primaire (chef de famille)	53,74	45,97	7,77***	2,76
Enseignement secondaire (chef de famille)	9,29	3,40	5,89***	1,44
Enseignement universitaire (chef de famille)	0,61	0,00	0,61	0,48
Vivent à Addis-Abeba	14,85	10,83	4,02***	0,8
Vivent dans une autre zone urbaine	21,01	12,09	8,92***	1,97
Vivent en milieu rural	64,14	77,09	-12,95***	2,06
Nombre d'observations	495	968		

Note: le tableau montre les niveaux des différentes moyennes ainsi que l'écart connexe (cercles pleins) entre les personnes qui ont sombré dans la pauvreté en raison de la pandémie (nouveaux pauvres) (rémunération égale ou inférieure au salaire minimum) et les personnes qui étaient déjà pauvres en termes de revenus auparavant (anciens pauvres). * p < 0,10, ** p < 0,05, *** p < 0,01.

Tableau 5.A2

Caractéristiques des nouveaux et des anciens pauvres en termes de revenus en Côte d'Ivoire

	(1) Nouveaux pauvres (moyenne en %)	(2) Anciens pauvres (moyenne en %)	(3) Écart (1-2)	Erreur type
Part des employeurs dans le ménage	11,26	4,10	7,16***	1,99
Part travailleurs indépendants dans le ménage	70,79	71,32	-0,53	3,36
Part des employés informels dans le ménage	14,68	17,94	-3,26	2,8
Part des travailleurs familiaux dans le ménage	3,27	6,64	-3,34**	1,49
Part des femmes dans le ménage	47,87	50,77	-2,91	2,23
Âge moyen du ménage 10-29 ans	71,86	61,67	10,19**	4,36
Âge moyen du ménage 30-39 ans	13,57	16,03	-2,46	3,3
Âge moyen du ménage 40-49 ans	3,52	5,57	-2,06	1,96
Âge moyen du ménage 50-59 ans	1,01	0,35	0,66	0,72
Âge moyen du ménage > 60 ans	0,50	1,74	-1,24	1,02
Femme (chefe de famille)	54,45	50,65	3,80	4,32
Travail dans l'agriculture (chef de famille)	45,73	48,78	-3,05	4,61
Travail dans la manufacture (chef de famille)	8,54	4,53	4,10*	2,22
Travail dans le commerce/la vente au détail (chef de famille)	29,15	16,72	12,43***	3,79
Travail dans le secteur des services (chef de famille)	30,97	15,58	15,39***	3,9
Aucune éducation (chef de famille)	36,19	38,68	-2,49	4,49
Enseignement primaire (chef de famille)	51,26	55,05	-3,8	4,61
Enseignement secondaire (chef de famille)	6,53	3,83	2,69	1,92
Enseignement universitaire (chef de famille)	6,03	2,44	3,59**	1,78
Vivent à Abidjan	17,08	18,12	-1,04	3,49
Vivent dans une autre zone urbaine	22,11	16,72	5,39	3,61
Vivent en milieu rural	60,81	65,16	-4,35	4,44
Nombre d'observations	199	287		

Note: le tableau montre les niveaux des différentes moyennes ainsi que l'écart connexe (cercles pleins) entre les personnes qui ont sombré dans la pauvreté en raison de la pandémie (nouveaux pauvres) (rémunération égale ou inférieure au salaire minimum) et les personnes qui étaient déjà pauvres en termes de revenus auparavant (anciens pauvres). * p < 0,10, ** p < 0,05, *** p < 0,01.

6

CONFIANCE DANS LES INSTITUTIONS ET PERCEPTION DU SYSTÈME FISCAL CHEZ LES PERSONNES EMPLOYÉES DE MANIÈRE INFORMELLE

Armin von Schiller

6.1 INTRODUCTION

Pour tenter de comprendre comment l'État fonctionne, il est important de s'intéresser aux relations qu'il entretient avec ses citoyens. Toute expansion des systèmes de santé et de protection sociale exige un soutien social et politique ainsi qu'un financement. Il est donc crucial de comprendre ce que les grands secteurs de la société attendent du gouvernement en vue d'appuyer cette expansion. Et il est tout aussi important de débattre de la possibilité d'une réforme du financement efficace du point de vue économique et socialement équitable.

De nombreux observateurs considèrent le financement comme la principale contrainte à l'extension et à l'approfondissement des systèmes de protection sociale dans les pays à revenu faible et intermédiaire (par exemple, Barrientos 2008). La situation d'un pays à l'autre est très variable et l'on déplore un manque de données fiables et comparables. Il est néanmoins indéniable que la plupart des systèmes concernés souffrent d'insuffisances en matière de financement et de développement. Dans la plupart des cas, la majeure partie du financement est générée au niveau national, principalement par les impôts et les cotisations sociales, mais dans certains domaines, le rôle des donateurs externes est décisif (Niño-Zarúa et al. 2012).

Dans ce contexte, il est absolument déterminant de savoir comment les salariés informels perçoivent l'État et les systèmes fiscaux. Selon la définition qu'on en donne, les travailleurs informels représentent plus de 60 pour cent de l'emploi mondial et plus de 85 pour cent en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud (OIT 2018).¹ Très souvent, l'économie informelle est citée comme le principal obstacle à une mobilisation des recettes intérieures en Afrique. Cette affirmation a été remise en question par beaucoup, qui évoquent par exemple une sous-estimation importante de la contribution des personnes occupant un emploi informel (par exemple, Meagher 2016). Moore (2020) va même jusqu'à qualifier cette affirmation de « manœuvre de diversion », détournant injustement l'attention des véritables sources à l'origine du manque à gagner budgétaire, qui seraient selon lui les contributions fiscales plutôt faibles acquittées par les riches et la

prédominance d'exonérations fiscales inefficaces (Moore 2020).

L'inventaire des contributions réalisées par les travailleurs informels pourrait même être plus positif en prenant en considération le fait que ceux-ci n'accèdent, en général, qu'à une gamme très restreinte de services de l'État. Cette dynamique a été mise en lumière encore plus distinctement dans le contexte de la pandémie de Covid-19. C'est précisément parce qu'ils évoluent en dehors des structures de réglementation formelles que les travailleurs informels ont été particulièrement vulnérables aux retombées de la pandémie. En raison de la nature de leurs relations avec l'État, ils n'ont que rarement bénéficié des programmes et des mesures lancés pour lutter contre les retombées du virus, dès lors qu'ils étaient invisibles des mécanismes appliqués pour déployer ces dispositifs de soutien et de sauvetage (Gallien et van der Boogard 2021 ; Strupat, Chapitre V).

La vision de systèmes de santé et de protection sociale plus complets, bénéficiant également aux personnes occupant un emploi informel, est largement partagée. Mais le défi consistant à définir les réformes nécessaires afin de concrétiser cette vision, et à les mettre en œuvre, exige de reconnaître et, potentiellement, de remodeler les relations verticales des citoyens avec l'État ainsi que les relations horizontales entre les citoyens. Pour parvenir à des systèmes de santé et de protection sociale plus complets, l'État devra jouer un rôle. Dès lors, toute stratégie visant à étendre les systèmes de santé et de protection sociale nécessite de bien réfléchir à la perception ainsi qu'à la définition de la relation entre les personnes occupant un emploi informel et les institutions de l'État.

Notons par ailleurs que les contraintes budgétaires sont appelées à demeurer importantes. Les pays à revenu faible et intermédiaire se doivent d'augmenter leurs recettes intérieures afin de pouvoir étendre leurs systèmes de santé et de protection sociale.² Les cotisations sociales constituent une option afin de financer cette expansion et devront également jouer un rôle. Cependant, l'assurance sociale a ses

¹ Voir la définition utilisée dans notre enquête au Chapitre 9.

² Voir par exemple la discussion connexe sur la mise en œuvre des ODD (Gaspar et al. 2019) : l'augmentation des ratios recettes fiscales/PIB au fil du temps est considérée comme essentielle en vue de les atteindre.

limites, en particulier dans une perspective d'extension de la couverture aux groupes à faible revenu qui pourraient bien être trop pauvres pour pouvoir couvrir les frais de leur propre protection sociale. Seules des approches financées par l'impôt peuvent permettre d'atteindre les plus pauvres parmi les pauvres (Bastagli 2013; Bonnet, Chapitre IV). En outre, convaincre (ou forcer) les plus riches à payer davantage et à redistribuer représente une option complexe sur le plan politique et une charge administrative importante (Berens et von Schiller 2017). En conséquence, la mise en place de systèmes de santé et de protection sociale plus complets ne constitue pas simplement un défi de nature technique, mais aussi politique et social. Pour que ces pays disposent de la latitude suffisante pour opérer une réforme dans cette direction, les principaux contrats fiscaux en place doivent évoluer – le terme « contrat fiscal » désignant ici un accord implicite au sein d'une société, définissant dans quelle mesure ses membres peuvent s'attendre à bénéficier de l'action de l'État et dans quelle mesure ils sont censés contribuer, en retour (Burchi et al. 2000: 19 et suivants).³

Afin de disposer de la latitude suffisante pour opérer une telle réforme, nous devons répondre à trois questions cruciales. Dans quelle mesure les personnes sont-elles disposées à payer et que pourraient-elles et/ou souhaiteraient-elles exiger en échange? Le système fiscal actuel est-il perçu comme équitable? Qui devrait contribuer davantage et qui peut prétendre à un soutien?

Les résultats de l'enquête présentés dans ce chapitre fournissent quelques indications. Les personnes occupant un emploi informel souhaiteraient que les gouvernements se concentrent en priorité sur la santé et l'éducation. Elles se montrent généralement disposées à contribuer davantage par des impôts et des taxes si de meilleurs services leur sont proposés en échange, ou même aux plus pauvres. La grande majorité a également exprimé son soutien à l'égard d'une vision de l'État qui cible les services aux pauvres, qu'ils soient capables ou non de contribuer à l'effort budgétaire. Un obstacle politique et social majeur à la coordination et à la mise en œuvre de réformes plus ambitieuses semble être le manque de confiance des employés informels à l'égard de diverses institutions sociales et politiques, en particulier les institutions dites intermédiaires, comme les partis politiques et les syndicats. Ce manque de confiance pose problème, surtout lorsqu'on envisage une expansion fondée sur des processus démocratiques et participatifs, dès lors que les institutions intermédiaires jouent un rôle essentiel dans la conduite des réformes et le maintien du consentement au

³ Notons qu'un contrat fiscal ne signifie pas d'équilibrer les avantages proposés vis-à-vis des versements effectués. Les pauvres peuvent ainsi avoir droit à certains avantages sans avoir à verser quoi que ce soit en retour. Et les riches peuvent accepter de payer plus que ce qu'ils ne reçoivent officiellement en retour sous la forme d'avantages directs (Berens et von Schiller 2017). Cas extrême, les États dits « rentiers » affichent, pour certains, un niveau d'attente élevé à l'égard de ce que l'État est censé fournir en fonction de la richesse des ressources intérieures, et sans que les citoyens n'aient à acquitter la moindre contribution financière en échange. L'une des caractéristiques fondamentales de l'État rentier est en effet qu'il n'a pas besoin de taxer sa population – ou très peu (Herb 2005: 298).

cours de la mise en œuvre. Dans l'ensemble, une certaine latitude semble exister en faveur de réformes mais il reste beaucoup à faire pour créer les conditions socio-politiques requises en vue de donner une expression concrète à la vision sous-jacente.

6.2 AXES POLITIQUES PRIORITAIRES POUR LES SALARIÉS INFORMELS ET PERCEPTIONS DES DIVERSES INSTITUTIONS POLITIQUES ET SOCIALES

Avant de pouvoir déterminer la marge de manœuvre en faveur de réformes dans le domaine de la santé et des services sociaux, il est absolument crucial de comprendre dans quelle mesure les salariés informels considèrent ces deux domaines comme prioritaires. Selon les résultats de l'enquête, les questions les plus pertinentes pour ces derniers sont manifestement l'amélioration de la santé ainsi que de l'éducation (Tableau 6.1; voir le Chapitre 2 pour plus de détails sur ces questions).

On peut donc dire que des améliorations dans ces domaines présentent un intérêt pour les personnes occupant un emploi informel. Pour formuler ces attentes, mais aussi définir et mettre en œuvre les mesures en vue de les atteindre, l'intervention d'institutions diverses est indispensable. En effet, il est essentiel de comprendre ce que les personnes occupant un emploi informel pensent des différentes institutions pour pouvoir se faire une idée des acteurs qu'elles croient capables

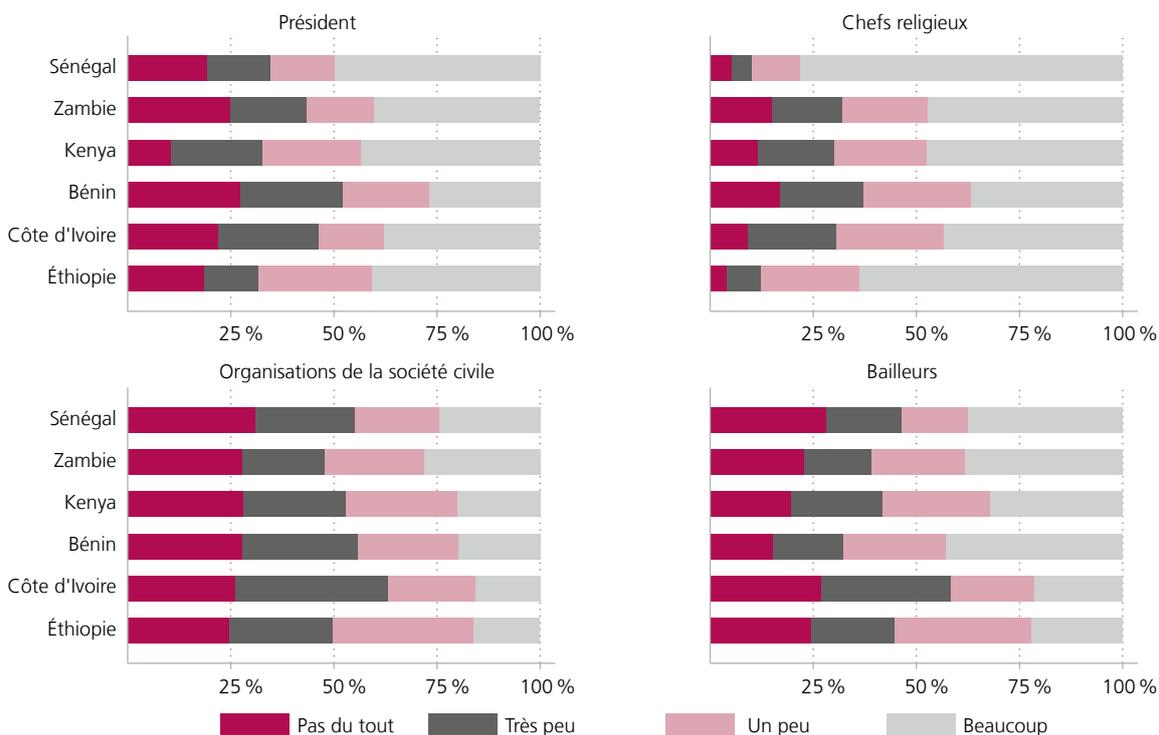
Tableau 6.1
Principales priorités établies parmi les personnes employées de manière informelle (moyenne non pondérée pour l'ensemble des pays de l'échantillon)

	Mentionné parmi les trois grandes priorités	Mentionné comme priorité première
Amélioration des écoles et du syst. éduc.	56,2 %	22,5 %
Amélioration des routes et ponts	37,5 %	11,3 %
Amélioration des services de police	14,0 %	2,7 %
Amélioration des services de santé	67,6 %	30,3 %
Amélioration de l'approv. en électricité	30,8 %	7,3 %
Amélioration de l'approv. en eau	41,9 %	14,8 %
Amélioration des retraites	12,4 %	3,0 %
Amélioration des programmes alimentaires en temps de crise	24,5 %	8,1 %

Note: libellé exact de la question: *Veillez classer par ordre de priorité les secteurs que vous avez mis en évidence ci-dessus (première, deuxième et troisième priorité). La question est posée après avoir demandé: Si le gouvernement envisage d'améliorer les services proposés à la population, sur quels secteurs devrait-il, selon vous, se concentrer? Dans cette question, le répondant a la possibilité de dire oui ou non pour chacun des secteurs ci-dessus, avant d'être invité à les classer par ordre de priorité.*

Figure 6.1

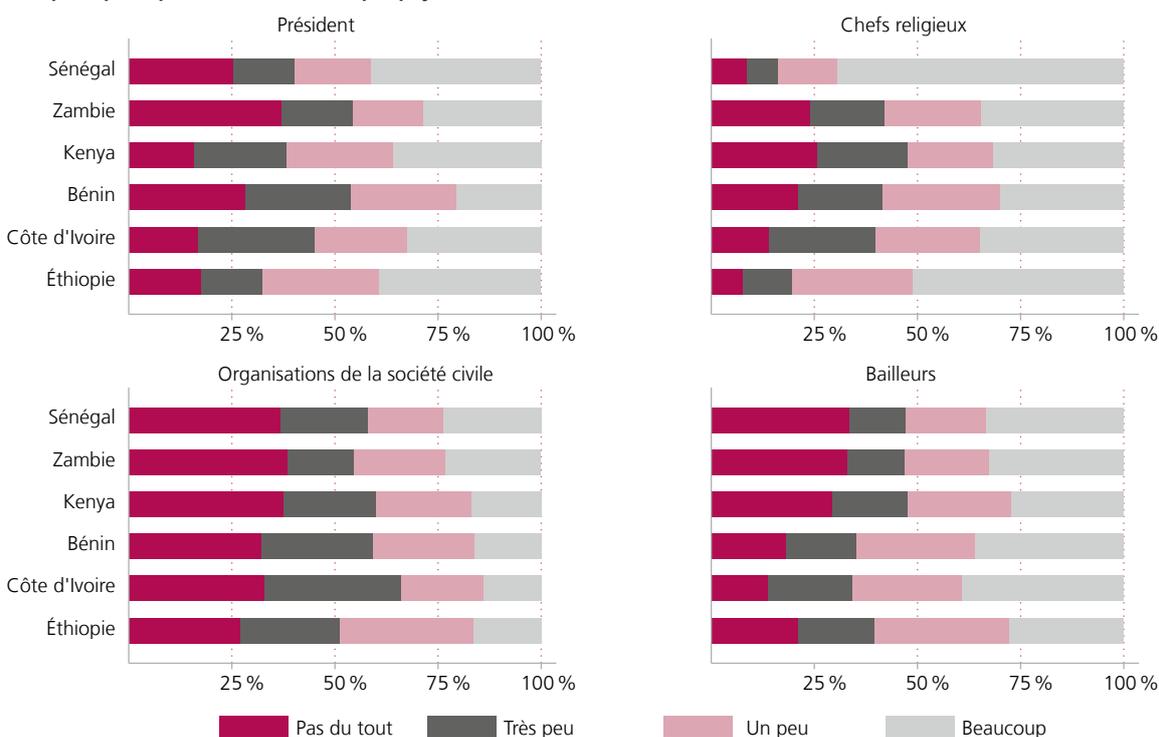
Confiance des personnes occupant un emploi informel à l'égard des institutions (% du total, par pays)



Note : libellé exact de la question : *Dans quelle mesure faites-vous confiance à chacun des acteurs suivants ?* - Options de réponse : pas du tout ; très peu ; un peu ; beaucoup ; ne sait pas/n'a pas entendu parler d'eux [non donné à lire mais codé]

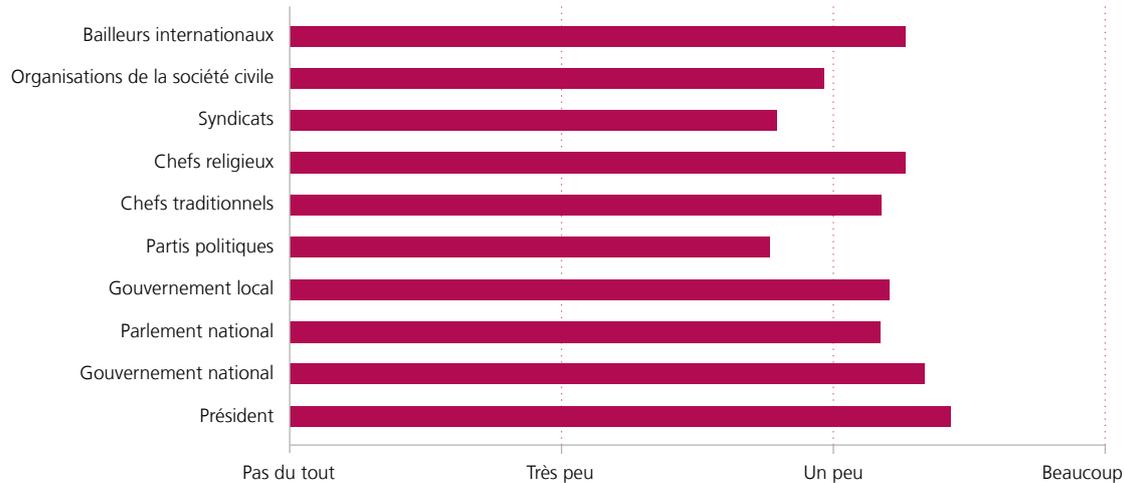
Figure 6.2

Perception des personnes employées de manière informelle : dans quelle mesure les différentes institutions se préoccupent-elles de leurs principales priorités (% du total, par pays)



Note : libellé exact de la question : *Dans quelle mesure pensez-vous que les organisations/institutions suivantes se préoccupent des principales priorités que vous avez soulignées ?* - Options de réponse : pas du tout ; très peu ; un peu ; beaucoup ; ne sait pas/n'en a pas entendu parler [non lue à haute voix mais codé]

Figure 6.3

Perception du potentiel des diverses institutions à réellement changer la donne en répondant aux grandes priorités des personnes occupant un emploi informel


Note : les valeurs sont calculées sous forme de moyennes pour tous les répondants disponibles, dans l'ensemble des pays (sans pondération spécifique). Libellé exact de la question : *En supposant que les acteurs suivants soient prêts à travailler en vue d'adresser les priorités que vous avez soulignées, pensez-vous qu'ils soient en mesure d'apporter un changement véritable et d'améliorer la situation par leurs actions ?* – Options de réponse : pas du tout ; très peu ; un peu ; beaucoup ; ne sait pas/n'en a pas entendu parler [non lue à haute voix mais codée]

de répondre à ces demandes et qui pourraient donc représenter des alliés potentiels.

Les données révèlent que, dans les pays analysés, les personnes occupant un emploi informel accordent un niveau de confiance particulièrement élevé à leur Président (Figure 6.1). Dans les six pays inclus dans l'analyse, celui-ci représente l'institution politique formelle ralliant les niveaux de confiance les plus élevés. Les chefs religieux constituent le seul groupe ralliant systématiquement des niveaux de confiance similaires, et parfois même supérieurs, à ceux dont jouit le Président. Les organisations de la société civile, et notamment les partis politiques et les syndicats, sont les institutions qui suscitent le moins de confiance parmi celles dont il est question ici.⁴

On remarque également la stabilité de ces tendances en matière de confiance entre les pays et les sous-groupes. Nous pourrions nous attendre à ce que l'âge des répondants,

⁴ Il convient assurément de tenir compte du fait que l'exposition aux institutions et leur connaissance pourraient avoir une incidence sur la manière dont la population visée les considère. Nous avons ajouté une question sur la connaissance à l'égard des syndicats, qui nous permet partiellement d'examiner cette question. De façon générale, le niveau de confiance n'a que légèrement fluctué. Parmi ceux qui déclarent qu'ils n'ont jamais entendu parler des syndicats, la valeur moyenne de la confiance est (2,11); cette valeur est légèrement inférieure pour ceux qui déclarent « J'ai entendu parler des syndicats mais je ne sais pas ce qu'ils font » (2,10). La confiance augmente chez ceux qui disent « Je sais peu de choses au sujet des syndicats » (2,21), mais diminue pour ceux qui ont prétendu en savoir le plus au sujet de ces organisations (« J'ai entendu parler des syndicats et je sais ce qu'ils font »). Globalement, on constate toutefois un écart considérable entre les pays en ce qui concerne les réponses; parmi ceux qui déclarent savoir ce que font les syndicats, l'évaluation est particulièrement positive au Kenya, en Zambie et en Éthiopie, mais particulièrement négative en Côte d'Ivoire, au Sénégal et au Bénin. Quoi qu'il en soit, pour tous les pays, le nombre de personnes déclarant bien connaître les organisations syndicales est faible.

leur niveau de revenu et d'éducation, ainsi que leur lieu de résidence (rural ou urbain) influencent fortement le degré de confiance. Mais cet effet semble minime (voir Figure 6.A7, Annexe).

Au-delà de la confiance en tant que telle, pour comprendre quels acteurs les personnes occupant un emploi informel estiment pouvoir être à même de répondre à leurs demandes, il est important d'évaluer dans quelle mesure elles estiment que les différentes institutions se préoccupent effectivement des questions qui les concernent. Notre enquête comprenait une question à ce sujet. Dans l'ensemble, les résultats reflétant le nombre d'institutions perçues comme se souciant des priorités de la population sont légèrement inférieurs aux résultats relatifs à la confiance (voir la Figure 6.2). L'écart entre la confiance (abstraite) dans les institutions et la perception (plus concrète) du degré de préoccupation de ces institutions à l'égard de la population concernée peut témoigner d'un cloisonnement entre bon nombre d'institutions et les personnes employées dans le secteur informel. Les chiffres suggèrent en effet qu'une proportion notable de personnes employées de manière informelle considère que de nombreuses institutions se soucient plutôt d'autres questions n'ayant pas d'importance particulière à leurs yeux.

Enfin, en termes de perception des différentes institutions, il serait intéressant de comprendre quelles sont les institutions que les personnes de l'emploi informel pensent être capables de réellement faire évoluer leur situation car il est certain que cette perception influence leur motivation à coopérer, à engager et à faire pression sur diverses institutions, tout en indiquant qui détient, selon eux, le pouvoir de changer les choses. Conformément aux résultats précédemment décrits, le Président est considéré comme le seul acteur capable de faire une différence, tandis que les syndicats et les partis po-

Tableau 6.2

Perceptions des personnes occupant un emploi informel concernant le paiement des impôts et des taxes

		Sénégal	Zambie	Kenya	Bénin	Côte d'Ivoire	Éthiopie	Mean
À quelle fréquence pensez-vous que les gens ne payent pas les impôts qu'ils doivent payer sur leurs revenus ?	Jamais	28 %	16 %	6 %	12 %	17 %	41 %	20 %
	Parfois	35 %	47 %	47 %	47 %	40 %	46 %	44 %
	Souvent	37 %	37 %	47 %	40 %	43 %	14 %	36 %
À quelle fréquence pensez-vous que les gens ne payent pas pour les services qu'ils reçoivent du gouvernement ?	Jamais	35 %	16 %	6 %	17 %	22 %	41 %	23 %
	Parfois	34 %	48 %	53 %	51 %	40 %	47 %	45 %
	Souvent	32 %	36 %	41 %	33 %	38 %	12 %	32 %

Note : libellé exact de la question : La question a été posée dans le cadre d'une série impliquant d'autres questions. Selon vous, à quelle fréquence les actions que nous décrivons se produisent-elles en général ? Pour chacune des affirmations suivantes, merci de préciser la fréquence : A. Ne pas payer pour les services qu'ils reçoivent du gouvernement. B. Ne pas payer les impôts qu'ils doivent payer sur leurs revenus. Options de réponse. Jamais ; Parfois ; Souvent ; Ne sait pas [Non lue à haute voix mais codée]

Tableau 6.3

Perceptions of tax evasion

		Total	Bénin	Côte d'Ivoire	Kenya	Sénégal	Zambie
Pas du tout mauvaise	Données Afrobaromètre	4,7 %	3,8 %	2,0 %	6,9 %	3,4 %	5,2 %
	Données FES-IDOS-OIT	9,1 %	8,6 %	5,6 %	8,0 %	12,7 %	10,6 %
Mauvaise mais compréhensible	Données Afrobaromètre	37,9 %	47,0 %	41,2 %	36,5 %	36,4 %	29,7 %
	Données FES-IDOS-OIT	46,3 %	49,8 %	64,2 %	36,4 %	45,4 %	35,6 %
Mauvaise et punissable	Données Afrobaromètre	52,2 %	48,9 %	54,2 %	51,3 %	58,1 %	49,2 %
	Données FES-IDOS-OIT	39,1 %	40,6 %	27,2 %	48,8 %	40,7 %	38,9 %
Ne sait pas	Données Afrobaromètre	5,2 %	0,2 %	2,6 %	5,3 %	2,1 %	15,9 %
	Données FES-IDOS-OIT	5,5 %	1,0 %	3,0 %	6,7 %	1,8 %	14,9 %

Note : libellé exact de la question : Je vais maintenant vous interroger sur une série de différentes actions que certaines personnes entreprennent. Pour chacune d'entre elles, veuillez me dire (...) B. Ne pas payer pour les services qu'ils reçoivent du gouvernement. Ce calcul ne comprend pas de données sur l'Éthiopie, car AfroBaromètre n'en dispose pas pour ce pays. Les données d'AfroBaromètre sont tirées de Données AfroBaromètre [Bénin, Côte d'Ivoire, Kenya, Sénégal, Zambie], 6e tour, 2014–2015, disponible à l'adresse <http://www.afrobarometer.org>.

litiques sont perçus comme moins influents en ce sens. Les chiffres sont remarquablement élevés pour les bailleurs de fonds internationaux, mais aussi pour les chefs traditionnels et religieux (voir la Figure 6.3).

6.3 PERCEPTIONS À L'ÉGARD DES IMPÔTS ET DES TAXES

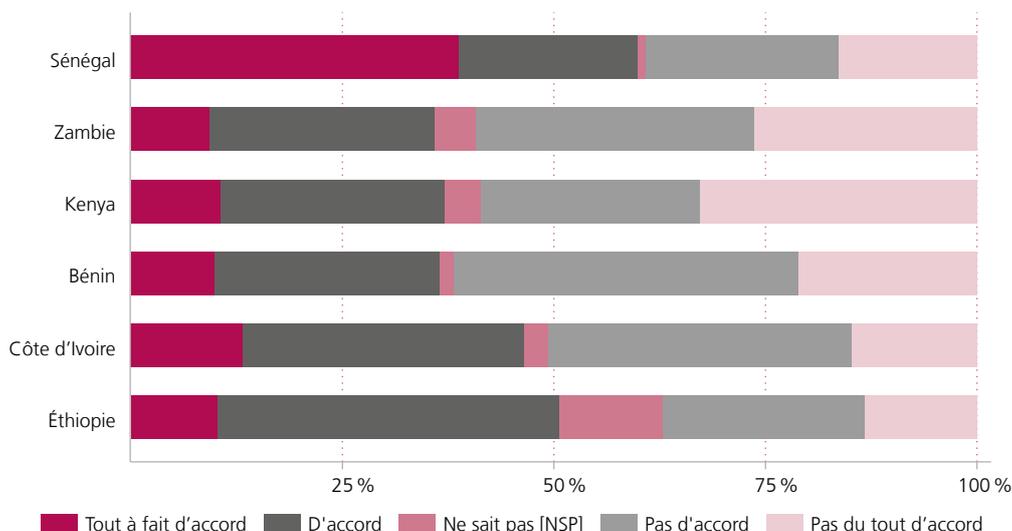
Une vaste majorité des personnes interrogées estime qu'il est difficile ou très difficile d'éviter de payer des impôts. Cette proportion augmente lorsqu'on pose une question plus abstraite (et moins centrée sur les répondants) à propos de la fréquence des infractions fiscales en général et du non-paiement des impôts ou des taxes dus. Une proportion notable des personnes occupant un emploi informel considère donc qu'il s'agit d'un problème. Toutefois, les perceptions du non-paiement des impôts et taxes diffèrent fortement. En Éthiopie, 14 pour cent seulement des répondants pensent que le non-paiement de l'impôt sur le revenu est fréquent, contre plus de 40 pour cent au Kenya et en Côte d'Ivoire (voir Tableau 6.2).

En plus de connaître la fréquence perçue des cas de non-paiement, pour comprendre le potentiel de l'augmentation des

recettes fiscales en tant qu'étape préalable à l'élargissement des systèmes publics d'assistance sociale et de soins de santé, il est essentiel de savoir si les personnes du secteur informel considèrent qu'il est légitime que l'État prélève des impôts. Les données présentées dans le Tableau 6.3 montrent que les répondants sont tout à fait conscients du fait que ne pas payer pour des services ou de ne pas payer les impôts est une « mauvaise » action. Pourtant, une proportion notable (46 pour cent) estime que cette attitude est « mauvaise mais compréhensible »⁵. Ce pourcentage est préoccupant en termes absolus, mais également en termes relatifs. Dans le cadre des enquêtes réalisées au fil du temps par AfroBaromètre, la même question a été posée dans plusieurs pays africains. En substance, il est possible d'affirmer, avec une certaine prudence toutefois, que comparer les réponses tirées de nos enquêtes à celles obtenues par AfroBaromètre revient à comparer les perceptions de la population dans

⁵ Des détails sur les variations entre les pays sont disponibles dans le Tableau 6.3, qui n'inclut pas l'Éthiopie étant donné qu'AfroBaromètre ne dispose pas de données sur cette question précise pour ce pays. Curieusement, l'Éthiopie semble présenter des valeurs très différentes : 12,3 pour cent de l'échantillon déclare que l'action de ne pas payer les impôts dus n'est « pas du tout mauvaise », 16,9 pour cent la considère comme « mauvaise mais compréhensible » et 58 pour cent comme « mauvaise et condamnable », et 12,9 pour cent n'a pas donné de réponse.

Figure 6.4

Perception de l'équité de la prestation de services publics en échange du paiement d'impôts et de taxes


Note : libellé exact de la question : *Pour vous et votre famille en particulier, estimez-vous bénéficier d'une quantité équitable de services publics au regard de l'argent que vous versez à l'État au moyen d'impôts, de taxes et d'autres redevances ?* Les options de réponse sont indiquées dans la légende. L'option « Indécis » n'a pas été lue à haute voix mais codée.

Tableau 6.4

Opinions sur la question de savoir qui devrait payer les impôts et taxes (moyenne non pondérée pour tous les pays de l'échantillon)

		Toute personne touchant un revenu, quel qu'en soit le montant, devrait payer des impôts ou des taxes au gouvernement		Total
		Tout à fait d'accord / d'accord	Absolument pas d'accord / pas d'accord	
Seuls les citoyens aisés devraient payer des impôts ou des taxes au gouvernement	Tout à fait d'accord / D'accord	21 %	15 %	36 %
	Pas du tout d'accord / Pas d'accord	51 %	8 %	59 %
	Total	72 %	23 %	95 %

Note : les questions ont été posées dans le cadre d'une série impliquant d'autres questions. Avant de mentionner la déclaration en gras dans ce tableau, on a demandé à la personne : *Êtes-vous d'accord avec les déclarations suivantes ?* Les options de réponse comprenaient « Tout à fait d'accord » ; « D'accord » (ces deux options sont regroupées en une colonne dans le tableau) ; « Pas d'accord » « Pas du tout d'accord » (ces deux options sont regroupées en une colonne) ; « Indécis » ; « Ne sait pas ». Les options « Indécis » et « Ne sait pas » n'ont pas été lues à voix haute mais ont été codées.

son ensemble à celles des personnes occupant un emploi informel. Dans les pays de notre échantillon pour lesquels des données d'AfroBaromètre sur cette question sont disponibles (tous sauf l'Éthiopie), la proportion de répondants qui qualifient l'action de ne pas payer ses impôts de « pas du tout mauvaise » ou de « mauvaise mais compréhensible » est nettement plus importante, en moyenne. Cela signifie qu'en moyenne, les personnes occupant un emploi informel considèrent plus souvent que le reste de la population qu'il est justifié, dans une certaine mesure, de ne pas payer ses impôts. Les perceptions de la population générale et celles des employés du secteur informel diffèrent de manière particulièrement prononcée en Côte d'Ivoire, au Sénégal et en Zambie⁶.

La tolérance pour la fraude fiscale pourrait être liée au sentiment qu'ont certaines personnes que l'utilisation des ressources est entachée de corruption et que l'État n'a pas agi suffisamment avec les recettes perçues. Cette intuition est en partie corroborée par le fait que, quand on les interroge sur le caractère équitable du système fiscal, les répondants indiquent pour la plupart qu'ils ne sont pas d'accord ou pas du tout d'accord avec l'affirmation selon laquelle « ce qu'ils obtiennent en échange du paiement d'impôts et de taxes est suffisant ». Néanmoins, ce résultat ne semble pas aussi négatif que ce à quoi on pourrait s'être attendu ; en réalité, dans deux pays, la majorité des personnes interrogées qualifient la situation de juste (voir Figure 6.4).

Lorsqu'on examine les autres scénarios possibles et la manière dont ceux-ci sont évalués, il est intéressant de noter la vision de l'État donnée par les répondants. Une nette majorité des personnes occupant un emploi informel soutient l'idée que l'État devrait aider les pauvres, indépendamment

⁶ Aucune comparaison n'est disponible pour la question concernant les taxes.

de leur capacité à contribuer à l'effort fiscal. Concrètement, 69 pour cent des répondants ne sont pas d'accord ou pas du tout d'accord avec l'affirmation : « Le gouvernement ne devrait fournir des services qu'aux personnes et aux ménages qui payent les impôts et les taxes ». Dans les différents pays, la valeur se situe systématiquement autour des 75 pour cent, mais le Sénégal fait figure d'exception, car la majorité des personnes interrogées (55 pour cent) dans le pays se disent d'accord ou tout à fait d'accord avec l'affirmation. Il est toutefois possible de considérer que les personnes travaillant dans le secteur informel manifestent en général un soutien ferme et constant en faveur de la solidarité et de la redistribution aux membres les plus faibles de la population, et que la nécessité d'aider les personnes dans le besoin, quelle que soit leur capacité contributive, est reconnue.

L'enquête nous apporte également des indications sur le niveau de soutien que les personnes occupant un emploi informel témoignent pour les mesures visant à mobiliser certaines sources de revenus, et sur la manière dont le fardeau fiscal supplémentaire actuel et potentiel devrait être réparti.

Un pourcentage étonnamment élevé des répondants (72 pour cent) est d'accord ou tout à fait d'accord avec l'affirmation selon laquelle toute personne percevant un revenu devrait payer des impôts, ce qui laisse penser que la charge fiscale devrait être supportée par autant de monde que possible et que l'assiette de l'impôt devrait inclure toutes les personnes en mesure de contribuer. Quelque 35 pour cent appuient l'argument selon lequel seuls les citoyens aisés devraient payer des impôts et des taxes. Nous obtenons des résultats intéressants en recoupant ces deux questions (Tableau 6.4). Les données les plus éloquentes sont sans doute celles figurant en bas à gauche et en haut à droite. Les données à droite témoignent de l'appui en faveur d'un accroissement de la pression fiscale sur les riches qui ne ferait pas nécessairement participer toutes les personnes ayant un revenu. Cela suppose de disposer d'un système d'impôt très progressif axé sur une base d'imposition étroite constituée par des personnes à revenu élevé. Les données en bas à gauche, en revanche, traduisent une réticence à placer toute la pression fiscale sur les riches et un soutien à l'idée de faire contribuer toutes les personnes touchant un revenu à l'effort fiscal. Cela pourrait être interprété comme un soutien en faveur d'une imposition progressive et modérée et une large base d'imposition.

La différence entre les pourcentages indiqués dans les cellules du tableau est étonnamment importante. Pas moins de 51 pour cent des répondants semblent favorables à une base d'imposition large. En revanche, seules 15 pour cent des personnes interrogées se disent en faveur d'un système fiscal très progressif centré sur les riches.

Les données peuvent être interprétées comme suggérant que les travailleurs informels soutiennent largement l'idée de taxer les personnes disposant des moyens économiques pour contribuer et percevant un revenu régulier. Cependant, les données ne font pas particulièrement apparaître une demande pour des mesures fiscales très ciblées sur les riches.

Il est vrai que 36 pour cent des personnes interrogées sont d'accord avec l'affirmation selon laquelle seuls les riches devraient payer, mais la majorité indique que tous les gens qui perçoivent un revenu devraient payer. Visiblement, les personnes occupant un emploi informel sont plus favorables que ce qui est généralement supposé ou affirmé à une base d'imposition plus large. En tout cas, cela ne remet pas en question le soutien éventuel en faveur d'une imposition progressive et d'une redistribution, car d'autres données donnent à croire que celui-ci est solide. Dans l'ensemble, il semble que la redistribution soit largement comprise comme visant à répondre aux besoins des pauvres et qu'il existe des possibilités de faire contribuer des segments importants de la société. Cette réticence à mettre davantage de pression sur les riches est mise en évidence par le fait que, partout sauf au Kenya, le nombre de répondants estimant que les riches payent suffisamment est plutôt élevé (Figure 6.5). Cette idée bénéficie d'un appui majoritaire dans trois pays (Côte d'Ivoire : 59 pour cent ; Éthiopie : 60 pour cent ; et Bénin : 51 pour cent), tandis qu'en Zambie, ce chiffre est de 47 pour cent (avec un taux élevé de 16 pour cent de répondants indécis). Le Kenya se distingue nettement des autres pays, avec 75 pour cent des personnes interrogées qui estiment que les riches devraient payer plus⁷. De plus, les personnes qui qualifient le système d'injuste semblent attribuer bien davantage cette injustice aux contributions des riches.

Ces résultats semblent signifier que beaucoup s'accordent à penser que les pauvres doivent être aidés, indépendamment de leur incapacité à contribuer. Les données indiquent également qu'il est communément attendu de toute personne en mesure de contribuer qu'elle participe au moins modérément à l'effort fiscal, si possible. De plus, elles ne font pas apparaître de demande spécifique consistant à exercer plus de pression sur les riches. Les personnes sont bien plus disposées à contribuer davantage lorsque cela concerne les soins de santé, ce qui pourrait traduire une nécessité de trouver un mécanisme permettant – en droit ou en fait – de réserver des impôts pour financer les dépenses de santé. Comme le montre la Figure 6.6, lorsque l'argent est utilisé pour la santé et au bénéfice des pauvres, la disposition à payer davantage est particulièrement élevée.

6.4 CONCLUSION

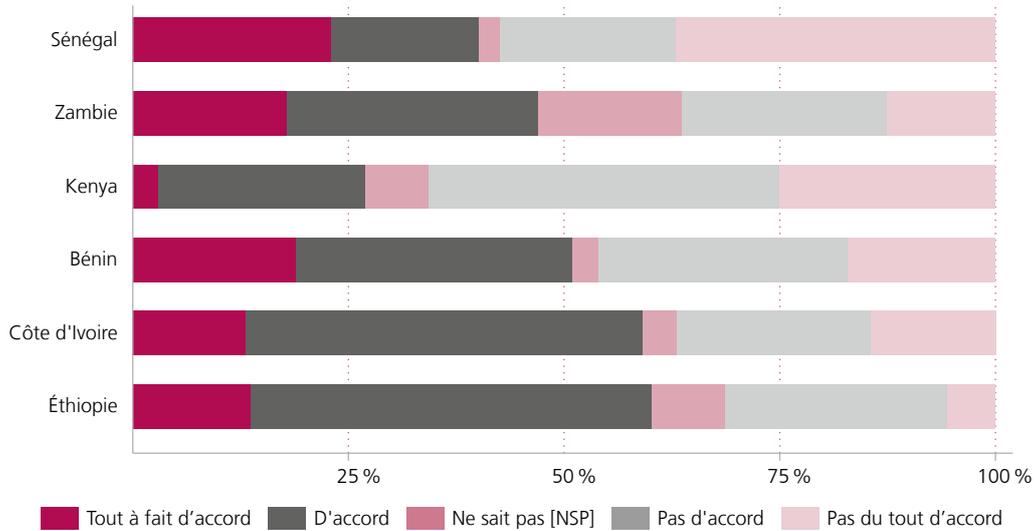
Les contraintes budgétaires sont appelées à demeurer importantes, à tout le moins à court terme, limitant la capacité des pays à revenu faible et intermédiaire pour ce qui est de développer leurs systèmes de protection sociale et de santé. Pour y parvenir, ces pays devront augmenter leurs recettes intérieures.

Qu'en sera-t-il alors des personnes évoluant dans l'emploi informel ? Une partie de la réforme doit viser à améliorer l'interaction entre les personnes qui occupent un emploi in-

⁷ Globalement, 49 pour cent d'entre elles sont d'accord avec l'idée selon laquelle les riches payent suffisamment alors que 44 pour cent pensent qu'ils devraient payer plus.

Figure 6.5

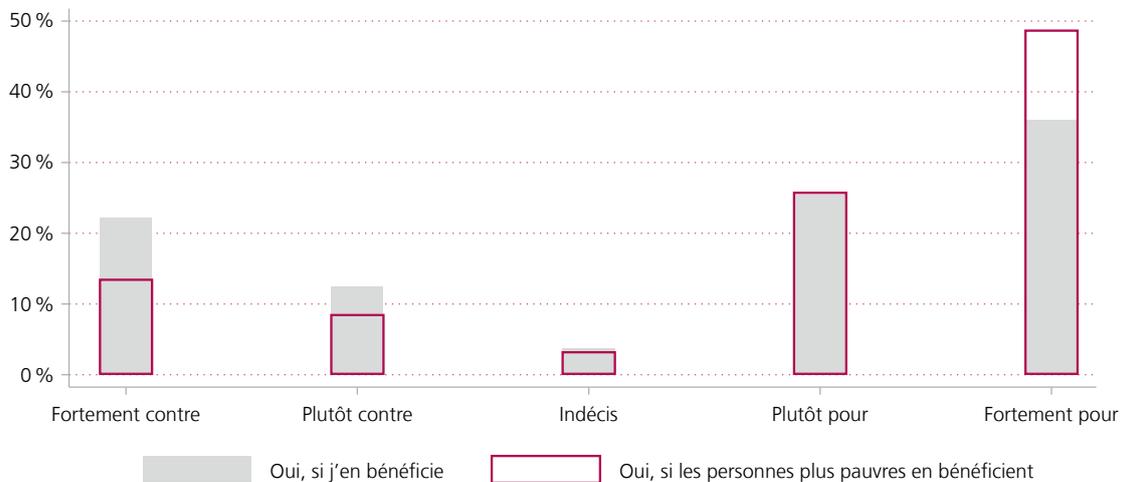
Opinions quant au caractère suffisant ou non des contributions des riches aux impôts



Note: libellé exact de la question: *Pensez-vous que les régions et individus particulièrement riches contribuent équitablement aux impôts, taxes et autres redevances pour le développement du pays?* Options de réponse: Tout à fait d'accord, ils participent déjà bien assez; D'accord, ils participent déjà suffisamment; Indécis [option codée mais pas lue à voix haute]; Pas d'accord, ils devraient participer davantage; Tout à fait d'accord, ils devraient participer nettement plus; Ne sait pas [option codée mais pas lue à voix haute].

Figure 6.6

Degré d'ouverture à une augmentation des contributions si l'argent est utilisé pour la santé



Note: libellé exact des deux questions comparées dans la figure: *Si le gouvernement décidait de vous faire payer des impôts ou des taxes afin de pouvoir accroître ses dépenses en faveur des soins de santé publique dont vous bénéficiez, seriez-vous pour ou contre cette décision? Acquitteriez-vous des impôts ou des taxes si le gouvernement utilisait cet argent pour offrir des services de santé gratuits aux personnes plus pauvres que vous?* L'option « Indécis » n'a pas été lue à haute voix mais codée. Les valeurs représentent des moyennes pour toutes les observations.

formel et l'État. Améliorer leur accès à ces services constitue un devoir moral. Mais plus fondamental encore, on note ici le potentiel (sinon la nécessité) de trouver comment établir des relations plus constructives entre ces acteurs: toute réforme engagée dans ce domaine ne pourra en effet aboutir avec succès, et s'inscrire dans la durée, que si une telle interaction est assurée. Comme pour toute réforme portant sur le contrat fiscal, l'enjeu réside dans le degré de faisabilité politique et budgétaire des réformes proposées (Burchi et al. 2020).

Les résultats présentés dans ce chapitre fournissent quelques indications qui pourraient être utiles aux fins d'évaluer et, potentiellement, d'accroître la latitude en vue de telles réformes. La première conclusion met en exergue une demande de réforme axée sur un État proposant des prestations sociales plus complètes: les personnes occupant un emploi informel considèrent que l'État devrait considérer comme prioritaires des domaines politiques tels que les soins de santé et l'éducation.

La deuxième conclusion souligne cependant un faible niveau de confiance, en termes relatifs, dans les partis politiques et les syndicats en tant qu'institutions intermédiaires particulièrement pertinentes, chargées de fédérer des intérêts particuliers en intérêts collectifs et de coordonner l'action collective au niveau politique national. Vraisemblablement, les personnes interrogées ont l'impression que ces institutions se soucient peu des priorités politiques et qu'elles n'ont guère les ressources suffisantes pour opérer des changements majeurs.

C'est là une mauvaise nouvelle pour quiconque soutient une telle réforme (surtout si elle est conçue comme un processus démocratique et participatif). Compte tenu de ces perceptions, il semble raisonnable de n'entrevoir, pour ces personnes, qu'un intérêt modéré à s'engager et à soutenir ces institutions. La situation actuelle ne prête donc pas à l'optimisme, dès lors que ces institutions intermédiaires sont essentielles à la mise en place de l'environnement sociopolitique qui permettra de déterminer la marge de manœuvre en vue d'une réforme globale vers des systèmes de protection sociale et de santé plus inclusifs et d'accompagner les efforts de réforme. Les données suggèrent que les personnes occupant un emploi informel ne soutiennent absolument pas ces institutions, qui manquent par conséquent de pouvoir et de légitimité en vue de façonner l'ordre du jour. Pour débattre des solutions en présence dans les différents pays, il est important d'analyser dans un contexte individuel si ces perceptions sont légitimes ou si elles ne résultent pas simplement de biais négatifs. Néanmoins, quelles qu'en soient les raisons, il est absolument déterminant de reconnaître la réticence des personnes occupant un emploi informel à l'égard de ces institutions.

La troisième grande conclusion tirée de l'analyse concerne le soutien aux différentes options politiques visant à accroître les recettes de l'État. Les recettes peuvent être générées par différents acteurs. Pour les décideurs, la clé consiste à comprendre le soutien dont bénéficient les différentes options, ainsi que la capacité de résistance de certains acteurs. Les résultats suggèrent que les personnes employées de manière informelle sont elles-mêmes disposées à acquitter des cotisations plus élevées. Fait intéressant, et potentiellement contraire à ce que l'on aurait pu attendre, les réponses ne sont pas trop virulentes à l'encontre du manque de contribution des individus riches (à l'exception peut-être du Kenya et du Sénégal). Il semble généralement admis que le financement de l'État est une tâche collective et que tout le monde devrait apporter sa contribution dans la mesure du possible. En outre, les données montrent clairement qu'en moyenne, les personnes occupant un emploi informel appuient fermement une vision de l'État comme soutien des pauvres, indépendamment de leur capacité très limitée, voire inexistante, à contribuer à l'effort budgétaire.

Pour trouver un écho auprès des personnes occupant un emploi informel, les diverses stratégies proposées devront tenir compte de ces résultats. Quoi qu'il en soit, les tendances observées ici sont tirées de données générales et tout effort visant à déterminer la marge de manœuvre en faveur de

réformes devrait être fondé sur une analyse détaillée et précisément mis en perspective dans le contexte où il se déploie.

Dans l'ensemble, la prédisposition des personnes occupant un emploi informel à appuyer les réformes dans ce domaine ainsi qu'à contribuer à leur financement au travers de contributions fiscales ne semble pas être le principal obstacle. La mise en place d'un environnement sociopolitique dans lequel engager et soutenir un effort de réforme apparaît comme bien plus problématique. La question des recettes et la politique de dépenses ne sont pas des domaines purement techniques et reflètent les objectifs définis dans la sphère sociopolitique. L'amélioration des systèmes de santé et de protection sociale n'est pas non plus un sujet de discussion purement technique et pourrait en fait être définie en tant que problématique d'action collective. De l'avis général, une amélioration des services bénéficierait à tout un chacun et ce même si certains devaient payer plus d'impôts, mais nombre de pays se retrouvent aux prises avec le « piège de la faible fiscalisation » (Mosley 2015).

L'un des principaux problèmes réside dans l'absence de dispositifs d'engagement ainsi que de solutions institutionnelles pour coordonner et représenter les intérêts dans la négociation des réformes. Le faible niveau de confiance dans les partis politiques et les syndicats, ainsi que le niveau comparativement élevé de tolérance à la fraude fiscale, témoignent d'un problème majeur concernant la relation verticale entre les personnes employées de manière informelle et l'État, ainsi qu'avec de nombreuses institutions politiques et sociales. Apporter une réponse à ces problèmes est donc non seulement souhaitable, mais constitue une étape fondamentale, voire incontournable, afin d'améliorer les perspectives de réformes dans ce domaine.

RÉFÉRENCES

Berens, S./von Schiller, A. (2017): Taxing higher incomes: What makes the high-income earners consent to more progressive taxation in Latin America?, in: *Political Behavior*, 39 (3).

BIT (2018): *Les femmes et les hommes dans l'économie informelle: un panorama statistique*. Troisième édition. Genève: Bureau international du Travail.

Burchi, F./von Schiller, A./Strupat, C. (2020): Social protection and revenue collection: How they can jointly contribute to strengthening social cohesion, in: *International Social Security Review*, 73: 13–32.

Gallien, M./van den Boogaard, V. (2021): Informal workers and the state: The politics of connection and disconnection during a global pandemic. Document de travail IDS.

Gaspar, V./Amaglobeli, M.D./Garcia-Escribano, M.M./Prady, D./Soto, M. (2019): *Fiscal policy and development: Human, social, and physical investments for the SDGs*. Note de discussion du personnel du FMI. (2019/03). Fonds monétaire international.

Herb, M. (2005): No representation without taxation? Rents, development, and democracy, in: *Comparative Politics*, 37(3): 297–317.

Meagher, K. (2018): Taxing times: Taxation, divided societies and the informal economy in Northern Nigeria, in: *The Journal of Development Studies*, 54 (1): 1–17.

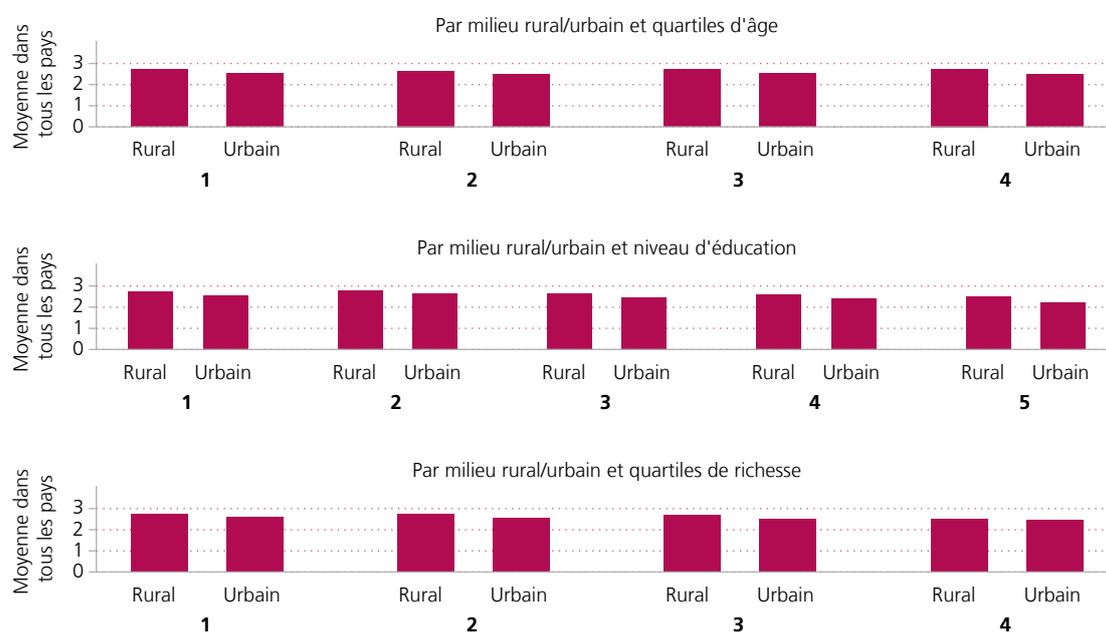
Moore, M. (2020): What is wrong with African tax administration? Document de travail ICTD n° 111. Brighton, Royaume-Uni: International Centre for Tax and Development.

Mosley, P. (2015): Fiscal composition and aid effectiveness: A political economy model, in: *World Development*, 69: 106–115. References

ANNEXE

Figure 6.A7

Confiance dans le gouvernement



Les niveaux d'éducation correspondent à 1 = Aucune scolarité, 2 = Primaire incomplet, 3 = Enseignement primaire, 4 = Enseignement secondaire, 5 = Université

7

L'ÉCONOMIE INFORMELLE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE EST-ELLE ORGANISÉE ? ET SI OUI, DE QUELLE MANIÈRE ?

Jürgen Schwettmann et Rudolf Traub-Merz

7.1 INTRODUCTION – CONTEXTE HISTORIQUE

Ce rapport fondé sur une enquête auprès de 8 300 ménages dans six pays d'Afrique subsaharienne cherche à identifier si les personnes employées dans les économies informelles de la région sont organisées et si oui, de quelle manière elles s'organisent et pour quelles raisons. Cet aspect a longtemps été négligé par les gouvernements, les chercheurs et les partenaires de développement. Après la vague des mouvements indépendantistes qui ont ébranlé l'Afrique dans les années 1960, nombre de dirigeants africains ont investi des efforts et des ressources considérables dans la promotion des coopératives en vue de concrétiser leur vision du socialisme africain pensé comme une « troisième voie » entre le capitalisme et le communisme. Principalement axées sur les zones rurales, ces « coopératives » se sont vu allouer des monopoles en matière de commercialisation et d'approvisionnement, elles ont été soumises à une obligation d'adhésion de facto et ont été placées sous un contrôle strict du gouvernement. Toutefois, aucune de ces expériences ne s'est soldée par un succès et le modèle de coopérative socialiste promu dans les années 1970 et 1980 en Éthiopie et dans les anciennes colonies portugaises d'Afrique a lui aussi échoué. Le contrôle gouvernemental exercé sur les coopératives ainsi que son soutien à leur égard a considérablement diminué durant la période d'ajustement structurel de l'Afrique, qui s'est étendue de 1980 à 1999 et a touché la quasi-totalité des pays africains. Les programmes d'ajustement structurel ont entraîné le retrait systématique des monopoles, privilèges et subventions jusqu'ici accordés aux coopératives. Dans le même temps, contrariés par l'échec des organisations coopératives parrainées par l'État, les bailleurs de fonds internationaux ont retiré une part importante de leur soutien en faveur du développement des coopératives en Afrique. Tout cela a conduit à l'effondrement rapide de la plupart des mouvements coopératifs financés par l'État sur le continent.

La disparition du modèle de coopérative contrôlée par l'État, cependant, est allée de pair avec la réapparition d'une myriade d'initiatives d'entraide « non traditionnelles » actives dans des domaines tels que le logement, l'énergie, l'artisanat, la finance, la culture, le recyclage, le transport, la commercialisation, l'exploitation minière et les services sociaux, y compris les associations du secteur informel et autres formes

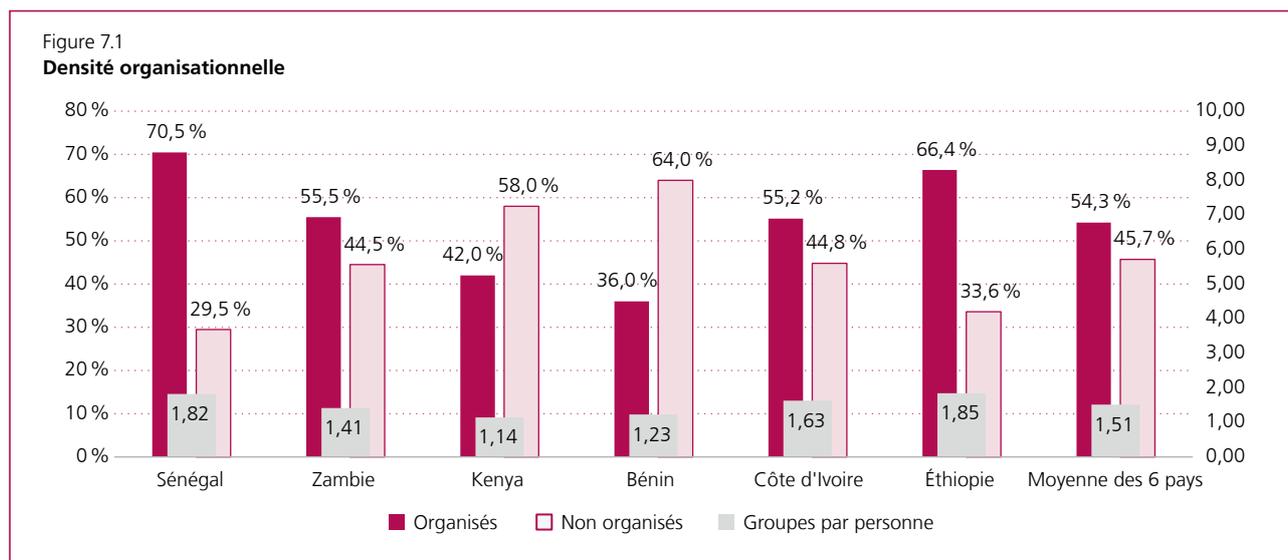
d'organisations associatives (dont le fonctionnement repose entièrement sur leurs membres). Largement ignorées jusqu'à la fin du siècle dernier, ces dernières sont devenues le centre d'intérêt des chercheurs et des praticiens du développement (y compris l'OIT) depuis les vingt dernières années, notamment parce que l'ajustement structurel a accéléré l'informalisation des économies africaines, tout en réduisant les services sociaux et en affaiblissant les services publics. Les acteurs de l'économie informelle, négligés par l'État, les syndicats et les associations professionnelles de l'économie formelle n'ont d'autre choix que de s'organiser afin de bénéficier d'un minimum de protection et de représentation.

Jusqu'à récemment, la recherche sur les aspects organisationnels de l'économie informelle¹ s'est concentrée principalement sur le rôle des syndicats dans l'organisation de l'économie informelle, ou a analysé des types spécifiques d'organisations, telles que les coopératives, les mutuelles et les tontines (Rotating Saving and Credit Associations, ROSCA). Une vue d'ensemble de la force organisationnelle et de la diversité de l'économie informelle de l'Afrique fait encore défaut ; la présente enquête contribue à combler ce fossé.

7.2 LES ORGANISATIONS DE L'ÉCONOMIE INFORMELLE : VUE D'ENSEMBLE

Les acteurs de l'économie informelle (entrepreneurs indépendants, petits exploitants agricoles, travailleurs indépendants et salariés informels) sont exclus de l'essentiel des dispositifs de sécurité et de protection que l'État assure à l'économie formelle ; ils ne sont pas couverts par le droit du travail et les régimes de protection sociale, ils ne sont pas suffisamment reconnus, estimés et représentés et ne participent guère à la prise de décisions politiques et administratives. La constitution d'associations, de coopératives et de groupes d'entraide pourrait bien offrir aux acteurs de l'économie informelle la solution la plus prometteuse en vue d'accéder à des opportunités économiques, à la sécurité sociale et à une identité

¹ Voir par exemple : Lindell (2010), Bonner et Spooner (2011), Schwettmann (2018) ou les nombreux documents de travail publiés par le réseau Femmes dans l'emploi informel : globalisation et organisation (WIEGO).



commune et d'acquérir un poids au niveau politique. Mais qu'en est-il dans la pratique? Quels types d'organisation privilégient-ils? Et quels sont les motifs qui incitent les individus à s'affilier à un groupe? Les pages suivantes explorent ces questions, et quelques autres, dans le détail.

7.2.1 Densité organisationnelle et types de groupes

La proportion des acteurs de l'économie informelle membres de l'un quelconque des groupes mentionnés est présentée à la Figure 7.1. Dans les six pays étudiés, près de la moitié (51,8 pour cent) de toutes les personnes employées de manière informelle sont organisées au sein d'un groupe. Le degré d'organisation varie considérablement entre les six pays. La densité organisationnelle du Bénin est de 36,1 pour cent, contre 70,5 pour cent au Sénégal.

Et nombreuses sont les personnes adhérant à plusieurs groupes en même temps. La pratique de l'adhésion multiple est particulièrement répandue au Sénégal et en Côte d'Ivoire, où plus de la moitié de tous les répondants sont membres d'au moins deux groupes.

Les personnes occupant un emploi dans le secteur informel montrent une préférence distincte pour certains types de groupes. La Figure 7.2 présente une ventilation par type d'organisation.² En moyenne, dans les six pays, les clubs d'épargne sont les plus populaires (26,7 pour cent), suivis par les associations religieuses (25,8 pour cent), les groupes de quartier (19 pour cent) et les coopératives (y compris les coopératives de crédit; 13,8 pour cent). S'agissant des formes d'organisations prédominantes dans chacun des six pays étudiés, on les appellera ici les « Quatre organisations majeures ». Les partis politiques, les groupes culturels et les autres types d'organisations sont nettement moins populaires, représentant une part de cinq pour cent ou moins.

Tandis que les Quatre organisations majeures éclipsent de loin les autres formes d'organisations, l'importance relative de ces quatre groupes varie fortement. Les clubs d'épargne sont les plus répandus au Kenya et au Bénin, alors qu'en Zambie et, dans une moindre mesure, au Sénégal, en Éthiopie et en Côte d'Ivoire, les groupes religieux attirent le plus de membres. Les coopératives sont plus importantes en Zambie qu'au Sénégal et même au Kenya.³ La Côte d'Ivoire, le Sénégal et l'Éthiopie comptent davantage de groupes de quartier que la Zambie, où ils sont presque inexistantes.

7.2.2 Les « Quatre organisations majeures » en quelques mots

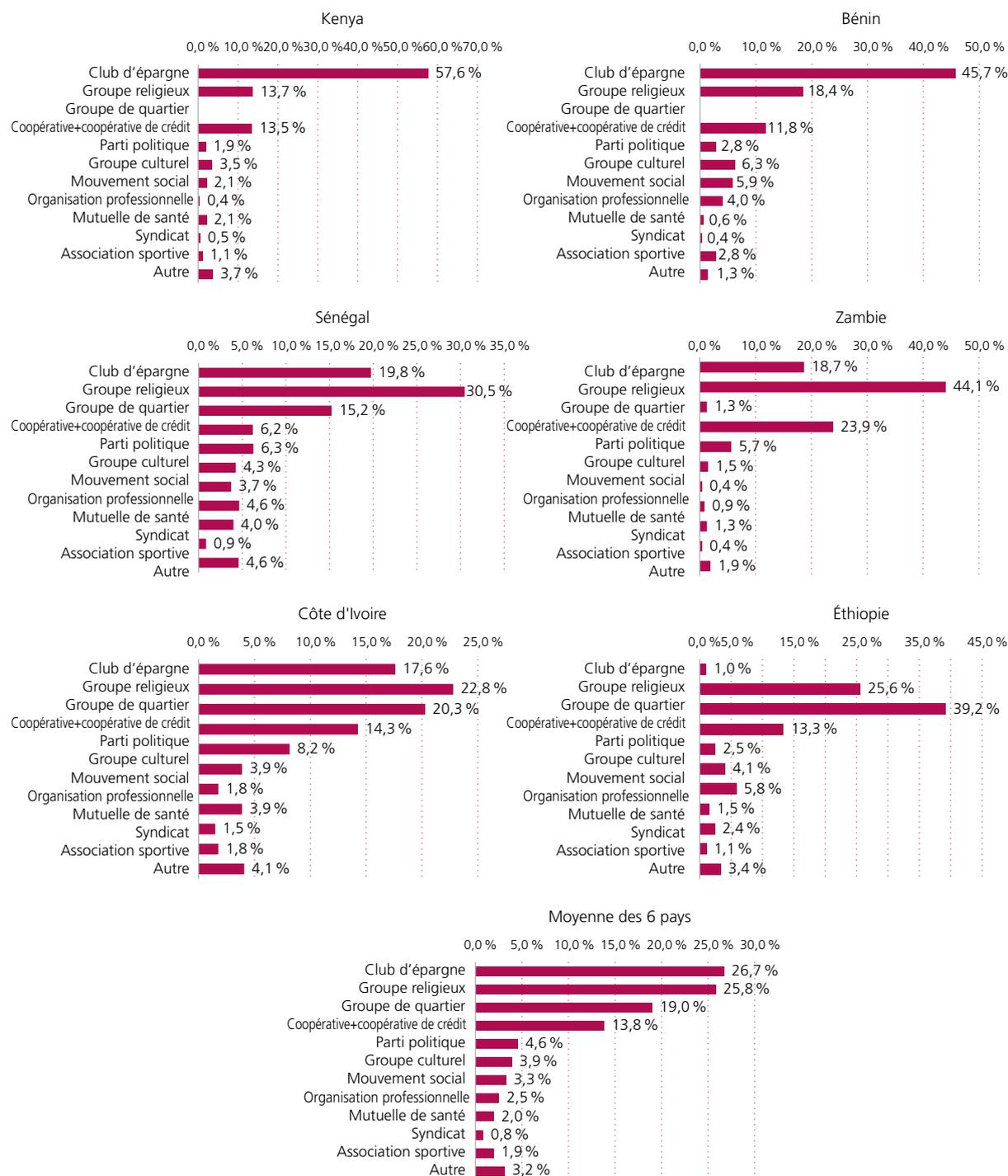
Un club d'épargne ou une *tontine* est une association dont les membres acceptent de verser des contributions régulières à un fonds commun dont chaque contributeur peut bénéficier à tour de rôle, en tout ou en partie. Si dix épargnants contribuent à hauteur de 10 dollars américains chacun par mois, chacun recevra alors 100 dollars à tour de rôle. Il existe des dérivés de tontines plus sophistiquées, qu'il n'est toutefois pas pertinent d'aborder ici. Dans bien des cas, les tontines exploitent un fonds social supplémentaire afin d'aider les membres en cas d'urgence. Les tontines sont très répandues non seulement en Afrique subsaharienne, mais dans de nombreuses autres régions du monde.

Un *groupe religieux* est, comme son nom l'indique, un groupe formé par des personnes de même confession mais qui partagent souvent des liens communs supplémentaires, comme le genre, le lieu ou la catégorie d'âge. La fonction principale de ces groupes est l'organisation du culte collectif, souvent suivi d'un rassemblement social. En outre, de nombreux groupes religieux mettent en place un fonds d'aide sociale ou organisent des services de soins et de soutien en cas de maladie d'un membre. Dans de nombreux pays africains, les groupes religieux ou les organisations confessionnelles jouent un rôle clé dans la prestation des soins de

² Dans les deux premières enquêtes (Kenya et Bénin), les associations sportives ont été énumérées au rang d'option; pour les autres pays, elles ont été remplacées par des groupes de quartier ou des groupes résidentiels, qui sont plus populaires.

³ Ce constat tranche avec les données publiées par le Bureau des statistiques du Kenya, qui a rapporté en 2016 un total de 10,8 millions de membres regroupés en coopératives dans le pays, soit 39 pour cent de la population dans la tranche d'âge de 15 à 64 ans.

Figure 7.2
Types de groupes



Note : en additionnant les moyennes des 6 pays, le résultat obtenu n'est pas de 100 pour cent car la catégorie « groupe de quartier » représente 4 pays en moyenne et la catégorie « association sportive » deux pays en moyenne.

santé ; au Kenya, par exemple, les organisations confessionnelles gèrent 74 hôpitaux et 808 centres médicaux (Oliver et al. 2015). Dès lors que les groupes religieux appartiennent à une confession représentée par une organisation faîtière nationale (l'Église presbytérienne, par exemple), ils peuvent jouer un rôle dans la politique locale ou nationale.

Les coopératives correspondent à une définition universelle contenue dans la recommandation n° 193 (2002) de l'OIT sur la promotion des coopératives : « le terme «coopérative» désigne une association autonome de personnes volontairement réunies pour satisfaire leurs aspirations et besoins économiques, sociaux et culturels communs au moyen d'une entreprise dont la propriété est collective et où le pouvoir est exercé démocratiquement ». Les coopératives créent,

d'abord et avant tout, des opportunités économiques; elles sont rarement impliquées dans la prestation de services sociaux, à moins d'être expressément établies à cette fin (comme les coopératives de soins de santé ou de logement). Les coopératives peuvent jouer un rôle sociétal/politique (autonomisation) lorsqu'elles sont organisées en réseaux horizontaux et/ou en structures verticales (voir ci-dessous). Les coopératives d'épargne et de crédit (SACCO, d'après leur acronyme anglais) ont souvent évolué à partir des tontines.

Les associations de quartier sont probablement les plus difficiles à définir parce qu'elles existent sous de nombreux noms différents (associations d'agriculteurs, associations villageoises, associations de marchés urbains, etc.), et servent de nombreux objectifs distincts, y compris la gestion des déchets solides, le développement communautaire, l'assistance sociale mutuelle, la protection contre la criminalité, la participation à la vie politique locale, l'autoréglementation des marchés, le travail agricole collectif comme le défrichage et le partage de l'information. L'identité est un élément central pour ces associations car le quartier (qui pourrait être une rue, un village ou un quartier au sein d'une ville) sert de lien commun entre les membres. Les activités des associations de quartier sont principalement liées à la sécurité et à l'autonomisation. L'Éthiopie est un cas particulier en ce que les groupes de quartier – connus sous le nom de « Idir » – ont été créés à l'origine pour aider les membres en cas d'urgence, mais nombre d'entre eux ont évolué en clubs d'épargne à des fins générales, fonctionnant à l'image des tontines.

7.2.3 Caractéristiques organisationnelles: taille, âge, couverture géographique

La taille de la base d'adhérents et la portée géographique des groupes exercent une influence considérable sur le mode d'organisation de leurs activités. Une base d'adhérents comprise entre 100 et 150 personnes peut être encore assez

faible pour assurer un niveau suffisant de cohésion sociale comme base de la gouvernance démocratique. Dans le cas d'effectifs plus importants, les groupes devront potentiellement s'appuyer sur des structures de gouvernance indirectes (comme des délégués élus par certaines catégories de membres), qui permettent d'assurer l'efficacité mais affaiblissent l'identité. Les petits groupes peuvent évaluer les besoins des membres en examinant des cas individuels, tandis que les grands groupes sont plus susceptibles d'appliquer des régimes fondés sur des règles et peuvent être moins enclins ou moins capables de considérer des cas individuels.

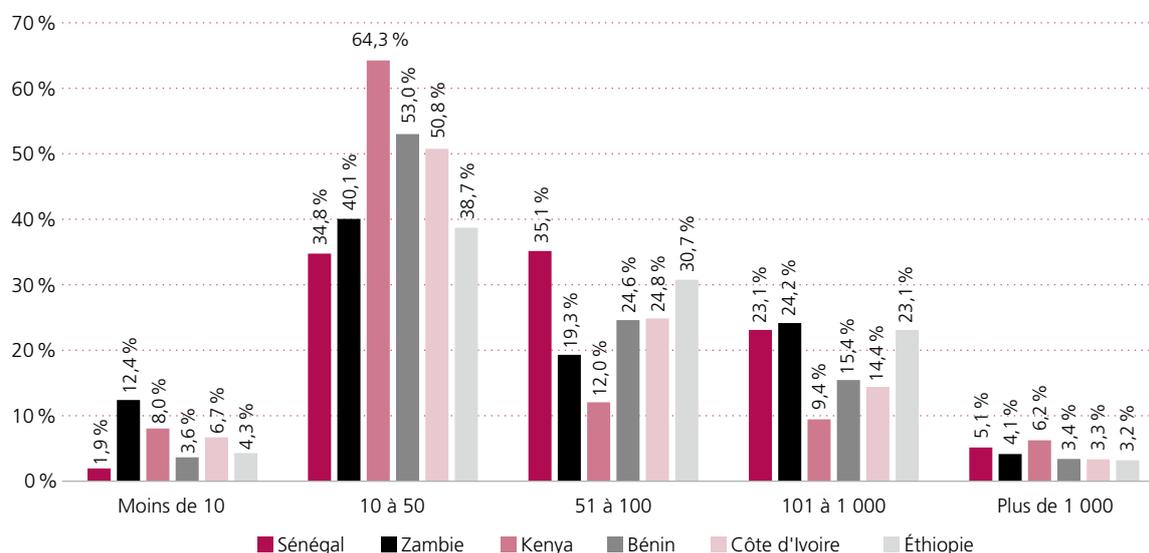
Les groupes de l'économie informelle disposent généralement d'une base de membres de taille réduite. Dans l'ensemble des pays visés par l'enquête, 70 pour cent ou plus de tous les groupes comptent un maximum de 100 membres (Figure 7.3). Les grandes organisations de plus de 1 000 membres ne représentent pas plus de 3,3 pour cent (Côte d'Ivoire) et 6,2 pour cent (Kenya) de tous les groupes.

L'étendue de la couverture géographique d'un groupe a un impact sur la force du lien commun et sur le dynamisme de l'identité commune qui unit ses membres. On peut supposer que ce lien est plus fort dans les groupes qui couvrent juste un marché ou un village que dans ceux qui opèrent dans une province plus grande ou même à l'échelle du pays.

La Figure 7.4 montre que les deux tiers de tous les groupes couvrent uniquement un marché ou un village. Ces données sont en cohérence avec la taille relativement réduite de la base de membres des groupes (voir ci-dessus). Dans les six pays, la grande majorité des groupes de l'économie informelle sont enracinés au niveau local. La proportion relativement importante de groupes prétendant couvrir l'ensemble du pays (14,1 pour cent en moyenne, jusqu'à 35,5 pour cent en Zambie) est surprenante. Les groupes religieux, les associations de quartier, les tontines, les coopératives et les

Figure 7.3

Effectif de membres des groupes



coopératives de crédit ne couvrent généralement pas plus d'une unité administrative donnée, ou d'un groupe de population au sein d'une unité administrative.

Les syndicats, les organisations professionnelles et les partis politiques sont susceptibles d'opérer à l'échelle nationale, mais leur part cumulée dans la typologie de groupe est d'à peine 8,6 pour cent (6,9 pour cent en Zambie). La proportion importante de groupes opérant à l'échelle nationale en Zambie pourrait s'expliquer par la proportion élevée de groupes religieux (44,1 pour cent) dans ce pays; les groupes religieux représentent une religion donnée (confession) qui est le plus souvent présente sur l'ensemble du territoire national. Il se pourrait qu'en répondant à cette question, certains répondants aient considéré le rayonnement de la religion concernée plutôt que la couverture du groupe religieux auquel ils appartiennent.

On peut supposer que la longévité d'un groupe de l'économie informelle peut servir d'indicateur quant à sa performance et sa stabilité; l'on pourrait également s'attendre à ce que les groupes qui émergent dans l'économie informelle aient un taux de survie plutôt faible dès lors qu'ils rallient rarement le soutien du gouvernement et sont souvent gérés ou dirigés par des personnes peu instruites. L'enquête a montré le caractère erroné de cette dernière hypothèse, toutefois: dans les six pays et pour tous les types d'organisations, près de la moitié (49,6 pour cent) existent depuis plus de cinq ans. La Figure 7.5 fournit plus de détails.

Dans chacun des six pays, les groupes religieux affichent « l'espérance de vie » la plus élevée, suivis des coopératives et des clubs d'épargne (Tableau 7.1); la longévité des associations religieuses peut être due au fait qu'elles sont solidement ancrées dans leurs communautés, fondées sur un fort sentiment d'identité commune, et contribuent souvent à la sécurité sociale.⁴ Aucune explication n'a cependant été trouvée en ce qui concerne la longévité exceptionnelle des groupes religieux en Zambie, par rapport aux quatre autres pays. Près de la moitié (47,4 pour cent) des 194 groupes religieux identifiés par l'enquête en Zambie existent depuis plus de 21 ans.

7.2.4 Les structures de niveau supérieur

Le terme « structure de niveau supérieur » désigne une organisation secondaire, telle qu'un syndicat ou une fédération, formée par les groupes de l'économie informelle de premier niveau. Au Kenya par exemple, l'Alliance nationale des vendeurs de rue et des commerçants informels (KENASVIT) fait fonction d'organisation faitière regroupant les associations urbaines de vendeurs de rue tandis qu'au Bénin, une asso-

ciation nationale de l'économie informelle est en cours de création.

Les coopératives, les coopératives de crédit et les syndicats sont plus enclins que les autres à former des syndicats sectoriels et/ou nationaux. Les structures de niveau supérieur renforcent le pouvoir de négociation et l'influence politique des groupes qui leur sont affiliés; elles peuvent également générer des économies d'échelle et de portée lorsqu'elles mènent des activités commerciales.

Comme le montre la Figure 7.6, seule une minorité des groupes de l'économie informelle de premier niveau relève d'une structure de niveau supérieur. Au Kenya et en Zambie, on peut présumer que la plupart des coopératives (y compris les coopératives de crédit) sont affiliées à leurs organisations faitières respectives, à savoir CAK et KUSCCO (Kenya), et ZCF et NASK (Zambie). Ces organismes faitiers n'existent pas en Éthiopie et dans les trois pays francophones (à l'exception de l'association nationale des coopératives d'épargne et de crédit en Côte d'Ivoire, UNACOPEC). Les syndicats et les mutuelles sont généralement affiliés à une fédération nationale, mais le pourcentage de ces deux catégories parmi l'ensemble des groupes de l'économie informelle est très faible (voir la Figure 7.2).

7.2.5 Dans quelle mesure les groupes sont-ils « formels » ?

Les groupes, associations et coopératives de l'économie informelle sont en mesure de jeter un pont entre les économies formelle et informelle d'un pays, à condition d'être officiellement enregistrés et/ou reconnus. Dans ce cas, le groupe entre dans la sphère de l'économie formelle, tandis que ses membres restent dans le domaine informel.⁵ L'enquête a conclu que bien plus de la moitié de tous les groupes des deux pays anglophones (Kenya et Zambie) possèdent un certificat d'enregistrement officiel, tandis que cette proportion tombe à un quart dans les pays francophones. La différence peut être due, au moins en partie, au fait que les pays francophones ont hérité du système administratif centralisé prévalant en France, ce qui signifie que le processus d'enregistrement d'un groupe peut s'avérer coûteux et lourd pour les personnes vivant en dehors de la capitale. De plus, la proportion de groupes enregistrés dépend du type de groupe concerné: les tontines et les groupes religieux peuvent ne pas avoir besoin (ou ne pas vouloir) s'enregistrer, tandis que les coopératives (y compris les coopératives de crédit) doivent nécessairement être enregistrées pour pouvoir fonctionner. Il se peut enfin que certains groupes évitent la formalité d'enregistrement car celle-ci peut entraîner le paiement de taxes et d'autres droits. Ces groupes peuvent ainsi tomber dans ce que l'on qualifiera de « zone grise », c'est-à-dire en étant reconnus mais pas enregistrés.

⁴ Ainsi que le note Bompani (2011 : 2) : « Les dons de bienfaisance motivés par la religion ont été et restent une source essentielle de prospérité et les organisations religieuses restent les plus importants prestataires non étatiques de services sociaux de base au profit des pauvres en Afrique. Les organisations confessionnelles se sont développées ou multipliées sous l'effet du néo-libéralisme économique, en tant que réponse des gens de foi face à l'augmentation de la pauvreté, des inégalités et de l'exclusion sociale. »

⁵ Par exemple: la plupart des conducteurs de mototaxis de Cotonou, au Bénin, sont membres d'une association professionnelle. Le président de l'association représente les membres vis-à-vis de la police, des autorités locales et des compagnies d'assurance, qui sont difficilement accessibles aux chauffeurs de taxi, dont beaucoup sont analphabètes.

De plus, on peut supposer que les groupes de l'économie informelle qui tiennent des comptes sont plus « formels » que ceux qui ne le font pas. Certaines catégories de groupes, comme les coopératives et les coopératives de crédit, sont légalement tenues d'établir une comptabilité; on supposera en revanche que certaines autres catégories, comme les associations religieuses, qui n'effectuent aucune transaction

financière, n'auront pas besoin de tenir des comptes. L'enquête a révélé que dans les six pays, plus de 70 pour cent des répondants ont déclaré que leurs groupes tenaient des comptes. Ce pourcentage est significativement plus élevé que la proportion de groupes enregistrés (voir ci-dessus), bien qu'il semble que dans les pays affichant un pourcentage

Figure 7.4

Couverture géographique des groupes

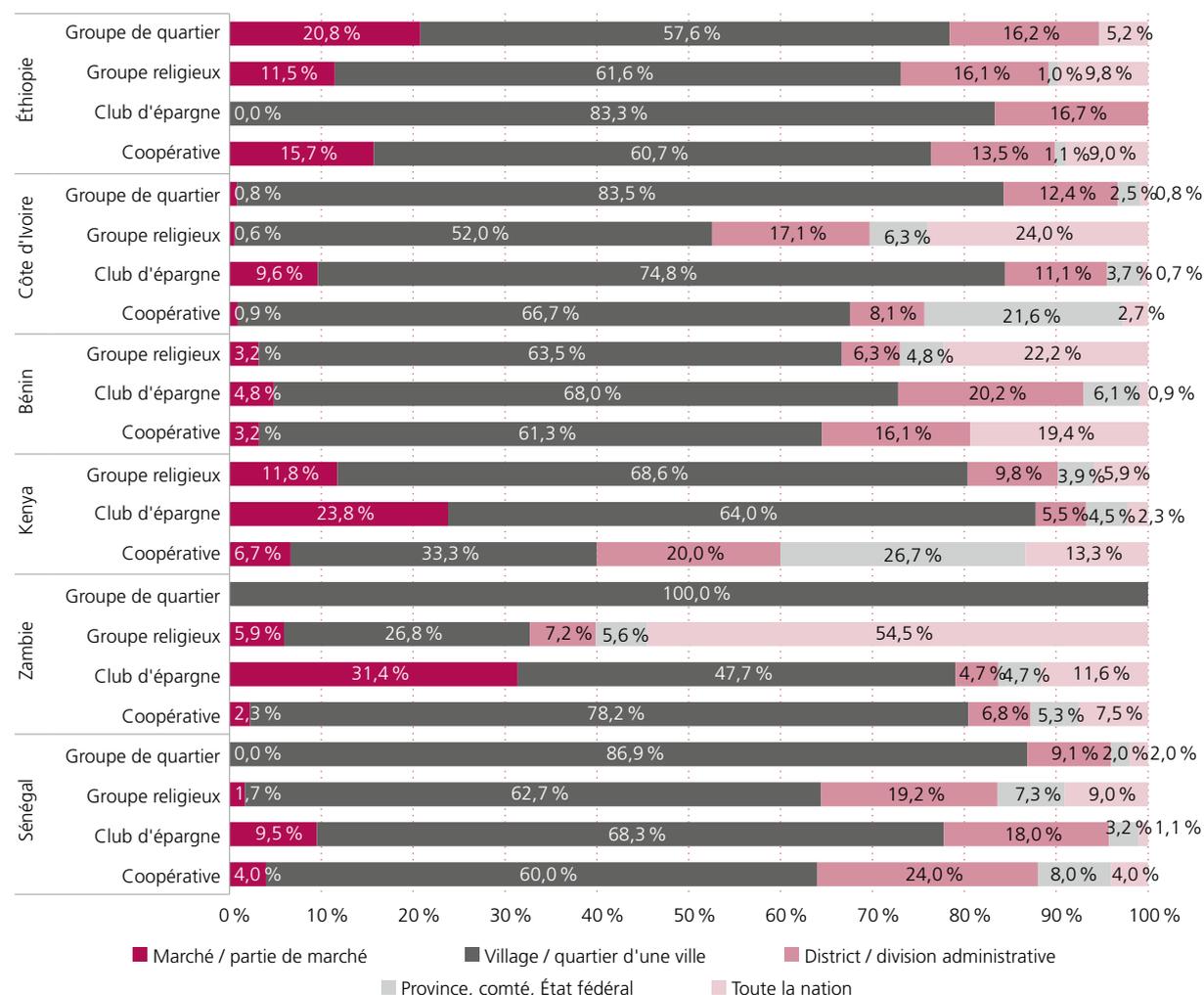


Figure 7.5

Durée de vie des groupes

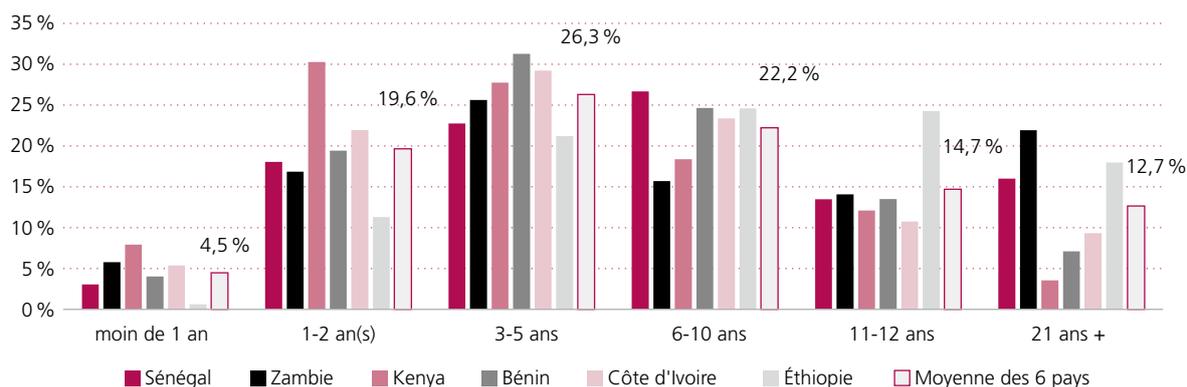
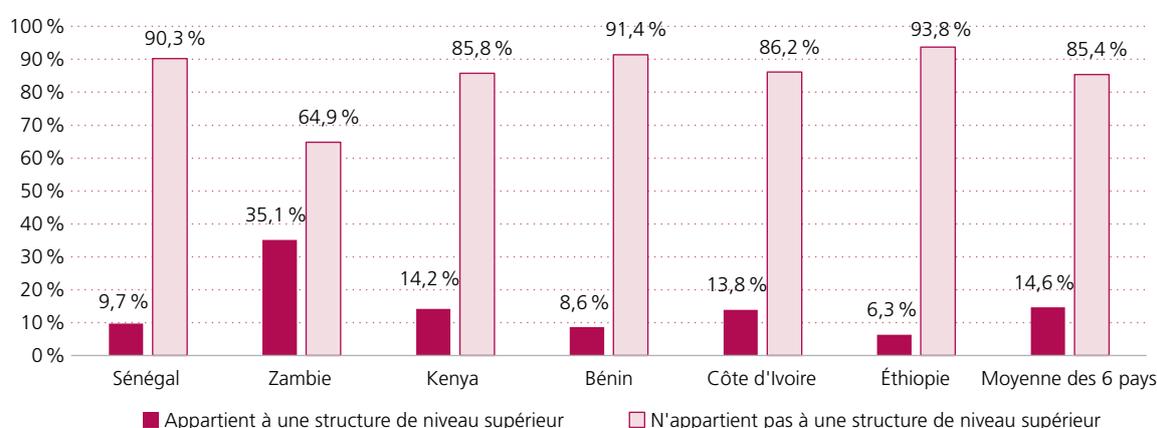


Tableau 7.1

Âge médian des groupes

Pays	Âge médian des groupes de l'économie informelle en années				
	Groupe religieux	Coopérative (hors coopératives de crédit)	Club d'épargne	Association de quartier	Tous les groupes
Sénégal	10	5	4	5	7
Zambie	20	5	1	2	6
Kenya	10	8	3	n.a.	4
Bénin	6	6	4	n.a.	5
Côte d'Ivoire	8	6	2	4	5
Éthiopie	10	5	2	10	10
Moyenne	10	6	3	5	6

Figure 7.6

Affiliation à des structures de niveau supérieur

supérieur de groupes enregistrés, le pourcentage de groupes tenant des comptes soit également plus élevé.

La stabilité des groupes de l'économie informelle est un troisième aspect révélateur d'un certain degré de formalité. On pourrait supposer que les groupes de l'économie informelle sont relativement volatiles dès lors que leurs membres changent souvent de lieu et/ou d'occupation. Il a toutefois été constaté que la grande majorité des groupes fonctionnent sur une base permanente; cette proportion est plus élevée dans les pays où la proportion de groupes enregistrés est la plus forte. Le nombre de groupes fonctionnant uniquement sur une base saisonnière (par exemple pendant la saison des récoltes) ou de groupes se réunissant sur une base ponctuelle (par exemple pour aider un membre en cas d'urgence) est assez faible dans les trois pays.

L'enquête fournit par conséquent trois indicateurs qui nous permettent de mesurer le degré de formalité et de stabilité des groupes. Ces indicateurs sont représentés dans le Tableau 7.2.

Le tableau nous permet d'observer (i) un « indicateur de formalité » globalement assez élevé de 73 pour cent en moyenne et (ii) des scores plus élevés pour les deux pays anglophones dans les trois catégories, par rapport aux trois pays francophones. L'Éthiopie, qui est un pays de langue amharique, se positionne entre ces deux groupes.

7.3 ORGANISATIONS DE L'ÉCONOMIE INFORMELLE – MOTIVATION DES MEMBRES

7.3.1 Des objectifs multiples

Certains groupes de l'économie informelle sont créés spécifiquement dans un dessein unique, par exemple afin de collecter et garantir l'épargne. La plupart des groupes poursuivent toutefois plusieurs objectifs simultanément – ils sont de nature polyvalente. Pour illustrer ce fait, nous avons développé la typologie « *opportunité – sécurité – autonomisation – identité* » en tant que structure d'organisation afin de classer les objectifs des différents groupes. Selon cette typologie :

- « *Opportunité* » fait référence à la possibilité d'améliorer la situation économique d'un membre du groupe.
- « *Sécurité* » renvoie à la quête de la sécurité et de la protection sociales.
- « *Autonomisation* » est un terme qui synthétise le désir de pouvoir s'exprimer et être représentés vis-à-vis de l'État et/ou d'un puissant secteur privé.
- « *Identité* » renvoie à la recherche d'un caractère culturel, religieux ou ethnique distinctif collectif.

Le Tableau 7.3 montre que la quasi-totalité des types de groupes relèvent de plusieurs de ces catégories.

Les cellules gris foncé indiquent la fonction primaire du groupe ; les cellules gris clair indiquent quant à elles la fonction secondaire.

7.3.2 Motifs d'adhésion à un groupe

L'adhésion des acteurs de l'économie informelle à un groupe donné peut découler d'une attente à l'égard d'avantages tels que la fourniture de services essentiels, qui peuvent être de nature financière, matérielle ou intangible. Les répondants peuvent choisir parmi une liste de services, comme indiqué à la Figure 7.7.

Bien que le type de service soit étroitement lié à la typologie ci-dessus, l'aspect « identité commune » n'apparaît pas à la Figure 7, mais peut être inclus dans la catégorie « autres ». L'enquête a révélé les faits suivants :

- 45,5 pour cent de tous les répondants recherchaient des services permettant de générer ou d'étendre des *débouchés économiques*, notamment des services financiers (33,6 pour cent) et d'autres services de soutien économique ou commercial (11,9 pour cent) ;
- plus d'un tiers (38,2 pour cent) ont adhéré à un groupe afin de bénéficier de services sociaux, c'est-à-dire dans une perspective d'amélioration de la *sécurité sociale* ;

Tableau 7.2
Indicateur de formalité

Indicateur	Degré de formalité des groupes (%)						
	Bénin	Kenya	Sénégal	Zambie	Côte d'Ivoire	Éthiopie	Moyenne
Enregistré ou reconnu formellement	46.4	67.1	55.3	85.2	39.1	56.0	58.2
Tenue d'une comptabilité	73.9	86.2	77.7	90.5	71.1	75.3	79.2
Activités permanentes	76.5	86.5	84.3	88.9	78.1	74.7	81.5
Moyenne	65.6	79.9	72.4	88.2	62.8	68.7	73.0

Tableau 7.3
Typologie des groupes de l'économie informelle

Typologie des groupes de l'économie informelle				
	Identité commune	Opportunité économique	Sécurité sociale	Autonomisation sociétale
Tontines		Générer du capital pour les investissements	En général, exploitation d'un fonds d'assistance sociale	
Groupes religieux	Organisation des offices religieux		Peut exploiter un fonds social	Participe à la vie politique si organisé au niveau national
Coopératives		Organiser des services de soutien économique	Peut organiser des services sociaux s'il est établi à cette fin	Obtient un pouvoir de négociation via les syndicats et les fédérations
Groupes de quartier	Organisation du voisinage pour divers services communaux		Peut exploiter un fonds d'assistance sociales et des services de soins mutuels	Peut jouer un rôle dans la politique locale ou municipale
Partis politiques	Formé afin de promouvoir une certaine orientation politique			Formé pour acquérir un certain pouvoir politique
Groupes culturels	Organisé autour d'identificateurs communs, tels que coutumes, langue, groupe ethnique		Peut exploiter un fonds d'assistance sociale	
Organisations professionnelles	Tous les membres exercent la même profession	Possibilité de rendre certains services de soutien économique		Principalement formé en tant que groupe de lobbying pour influencer la politique
Mouvements sociaux	Les membres partagent une même identité			Formé principalement pour inciter au changement politique
Mutuelles			Organisation de l'assurance maladie via la mutualité	
Associations sportives	Organisation de manifestations sportives collectives			
Syndicats	Les membres exercent une même profession ou détiennent un même statut professionnel			Principalement engagé dans la négociation collective

- très peu de répondants (3,7 pour cent) ont cité *l'autonomisation sociétale* comme principal motif d'adhésion à un groupe;
- une part relativement importante (12,6 pour cent) a déclaré avoir rejoint le groupe pour d'« autres raisons ».

On observe des variations considérables entre les six pays, qui dépendent en grande partie du type de groupes prédominants. Au Bénin et au Kenya, par exemple, les deux pays où prédominent les clubs d'épargne, la majorité des personnes interrogées avait adhéré à un groupe afin de bénéficier de services financiers. La part des « autres raisons » est particulièrement élevée en Zambie et au Sénégal et correspond à l'importance des groupes religieux. On peut donc supposer que ces « autres raisons » sont principalement de nature religieuse ou culturelle, ce qui signifie que les répondants ont souhaité renforcer leur *identité commune*. Il est en effet ressorti de l'enquête que l'origine ethnique et la foi/religion représentaient les facteurs les plus importants déterminant l'identité commune dans chacun des six pays.

7.3.3 Soutien des groupes à leurs membres en cas de crise

La couverture de sécurité sociale inclut la prestation d'un soutien financier aux personnes dans l'incapacité de percevoir un revenu. Le plus souvent, seuls les travailleurs de l'économie *formelle* peuvent accéder aux régimes d'assurance sociale traditionnels et aux institutions connexes. Les personnes qui travaillent de manière informelle, et qui sont exclues de tels régimes, doivent trouver d'autres moyens de

mutualiser les risques à travers l'action collective et l'entraide. Ceci est illustré à la Figure 7.8.

- En moyenne, 61,6 pour cent de tous les groupes soutiennent leurs membres en cas d'urgence, soit près du double de la part des membres ayant déclaré avoir adhéré à un groupe afin de bénéficier de services sociaux. Cela signifie que de nombreux groupes apportent une aide sociale même si leur vocation première est différente. Toutefois, la moyenne de 61,6 pour cent masque des écarts considérables: au Kenya, les quatre cinquièmes (81,5 pour cent) de tous les groupes apportent une aide à leurs membres en cas d'urgence tandis qu'au Sénégal, cette part tombe à un tiers seulement (32,7 pour cent).
- Alors qu'en moyenne 60,8 pour cent de tous les groupes religieux fournissent une assistance aux membres en cas d'urgence, cette proportion tombe à seulement un quart (26,3 pour cent) au Sénégal. D'autres recherches seraient nécessaires afin de mieux comprendre les raisons de ces écarts considérables.

7.3.4 Satisfaction à l'égard de la performance du groupe

Les membres sont-ils satisfaits de la performance du groupe dont ils relèvent? Cet aspect a été mesuré à l'aide de six indicateurs, liés à l'utilité des services du groupe, à l'opportunité de leur action, à l'honnêteté et à la compétence des dirigeants ainsi qu'au caractère approprié des cotisations d'adhésion.⁶ La Figure 7.9 montre que, dans l'ensemble des

⁶ Les données relatives à ce dernier critère (cotisations) ne sont pas disponibles pour l'Éthiopie.

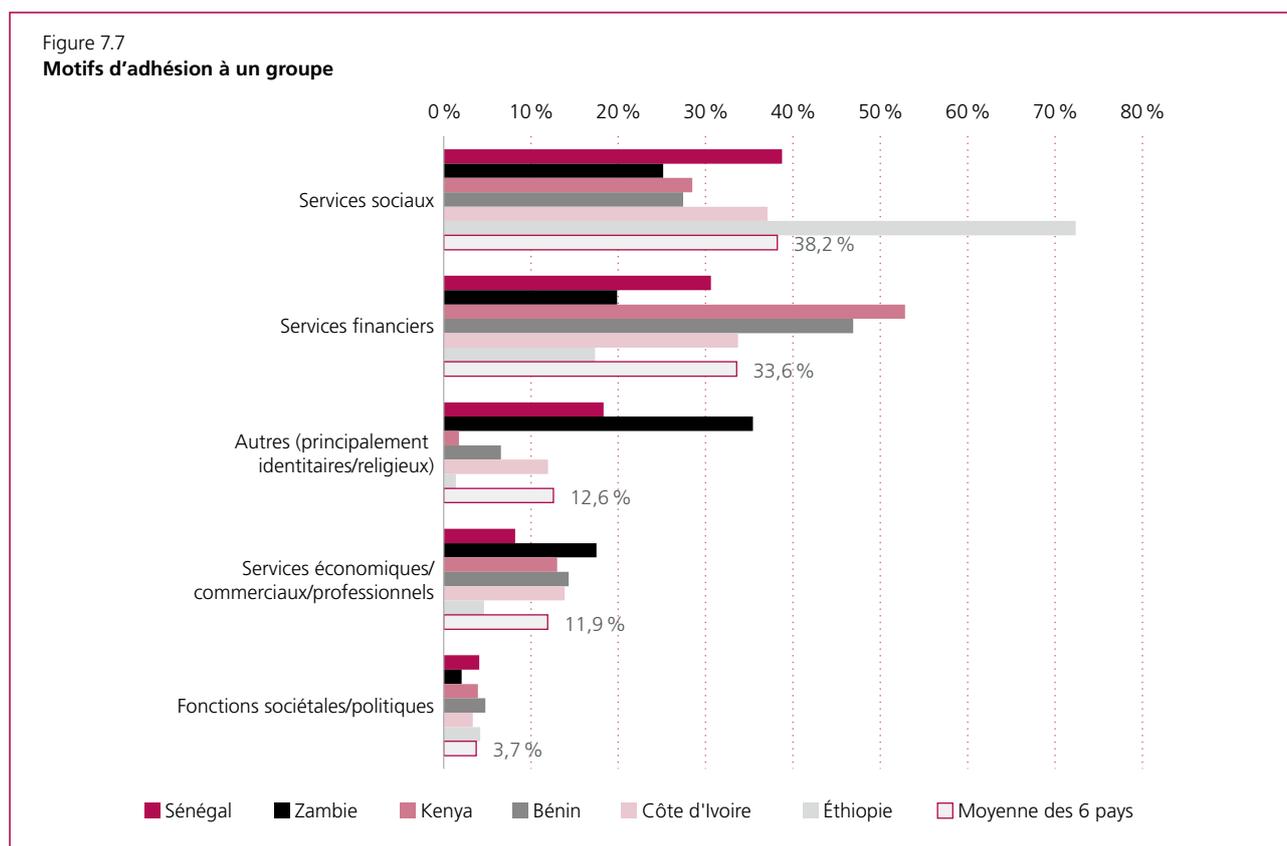
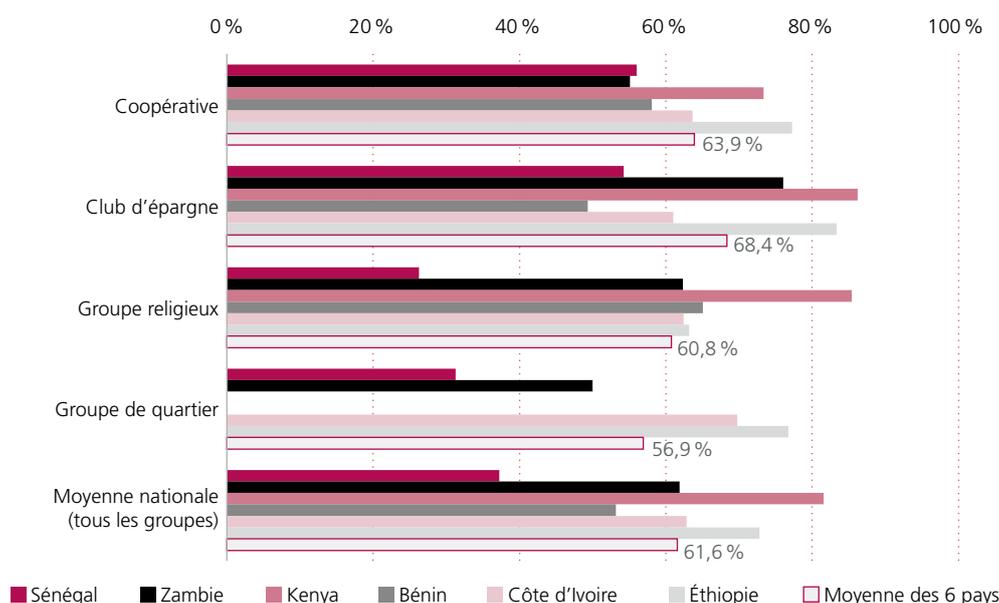


Figure 7.8

Soutien des groupes à leurs membres en cas d'urgence

pays et pour l'ensemble des indicateurs, une grande majorité des membres se sont dits satisfaits de la performance de leur groupe. Ce constat n'est guère surprenant dans le sens où (a) l'appartenance à un groupe est volontaire, ce qui signifie que les membres mécontents n'ont qu'à quitter le groupe ; et (b) les dirigeants du groupe sont élus démocratiquement (dans la plupart des cas du moins), les moins performants ne sont donc pas réélus. Dans les six pays, plus de 80 pour cent de tous les répondants étaient satisfaits, sinon *très* satisfaits de la performance de leur groupe. Une proportion tout aussi élevée (86,8 pour cent en moyenne) des répondants se sont dits satisfaits de l'opportunité des services rendus par leur groupe. Une proportion encore plus élevée (90 pour cent) des personnes interrogées considéraient les dirigeants de leur groupe comme compétents, tandis que 89,4 pour cent étaient convaincus de leur honnêteté. En concentrant l'analyse sur les Quatre organisations majeures, de légères variations se produisent. Dans les six pays, les groupes religieux étaient considérés par les répondants comme les plus efficaces (plus de 95 pour cent ont déclaré être « satisfaits » ou « très satisfaits »), tandis que les coopératives ont obtenu près de 10 points de pourcentage de moins que les groupes religieux. Nous pouvons néanmoins conclure, à quelques exceptions près, que les groupes répondent aux attentes de leurs membres.

7.4 INCIDENCE DES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ÉCONOMIQUES

En plus d'explorer les différences fonctionnelles entre les groupes et les raisons motivant les individus à y adhérer, l'enquête a également évalué les variables socio-démographiques et socio-économiques telles que l'âge, le genre, l'éducation, le statut professionnel et le revenu. Pour des rai-

sons de concision, nous nous contenterons ici d'un aperçu de ces variables, à l'exception des cas où les variations s'avèrent importantes.

La Figure 7.10 donne les indications suivantes :

- L'âge n'influence pas de façon significative la décision de rejoindre un groupe, à l'exception de la cohorte des 15-24 ans qui semble moins encline que d'autres à s'affilier à un groupe.
- Le niveau d'éducation est un facteur incitant à l'adhésion, en particulier au Kenya où les personnes ayant suivi des études universitaires sont presque deux fois plus nombreuses à rejoindre un groupe que celles qui n'ont suivi aucune scolarité (contrairement à l'Éthiopie où c'est l'inverse qui se produit).
- Les niveaux de revenu n'exercent pas d'impact significatif sur la densité organisationnelle, sauf en Zambie.
- Dans l'ensemble, les femmes sont tout aussi susceptibles d'adhérer à un groupe que les hommes. Toutefois, le genre influence les choix préférentiels des personnes en fonction de leurs priorités. En Côte d'Ivoire, au Sénégal et en Zambie, les femmes sont nettement plus enclines à rejoindre les clubs d'épargne : la proportion de femmes membres dépasse celle des hommes d'au moins 30 pour cent. Les hommes, quant à eux, tendent plutôt à adhérer à des coopératives et à des groupes de quartier.
- De même, les acteurs de l'économie informelle urbaine affichent plus ou moins la même propension à constituer un groupe que ceux vivant en milieu rural.

Figure 7.9

Satisfaction à l'égard de la performance du groupe

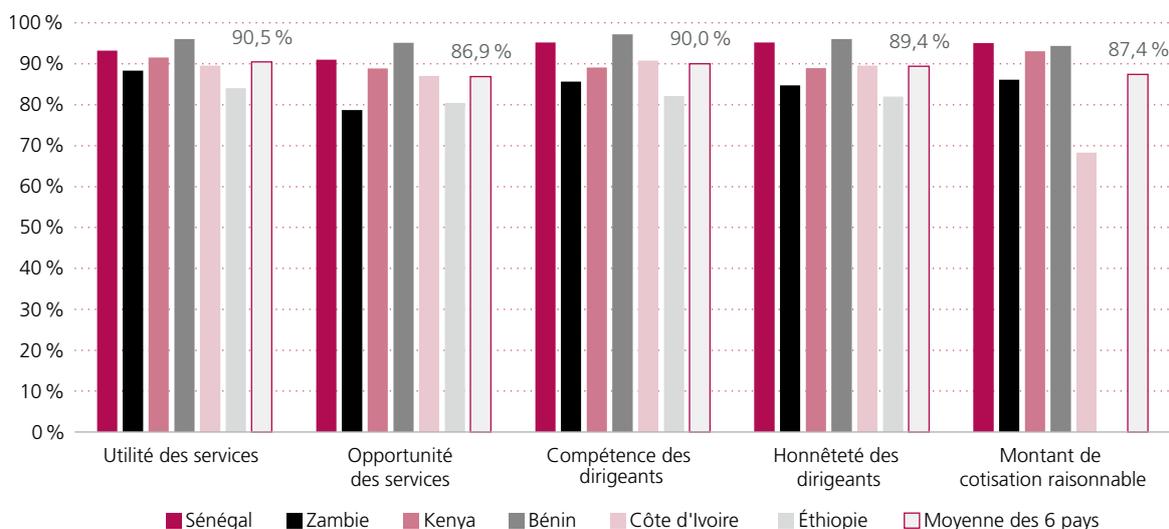
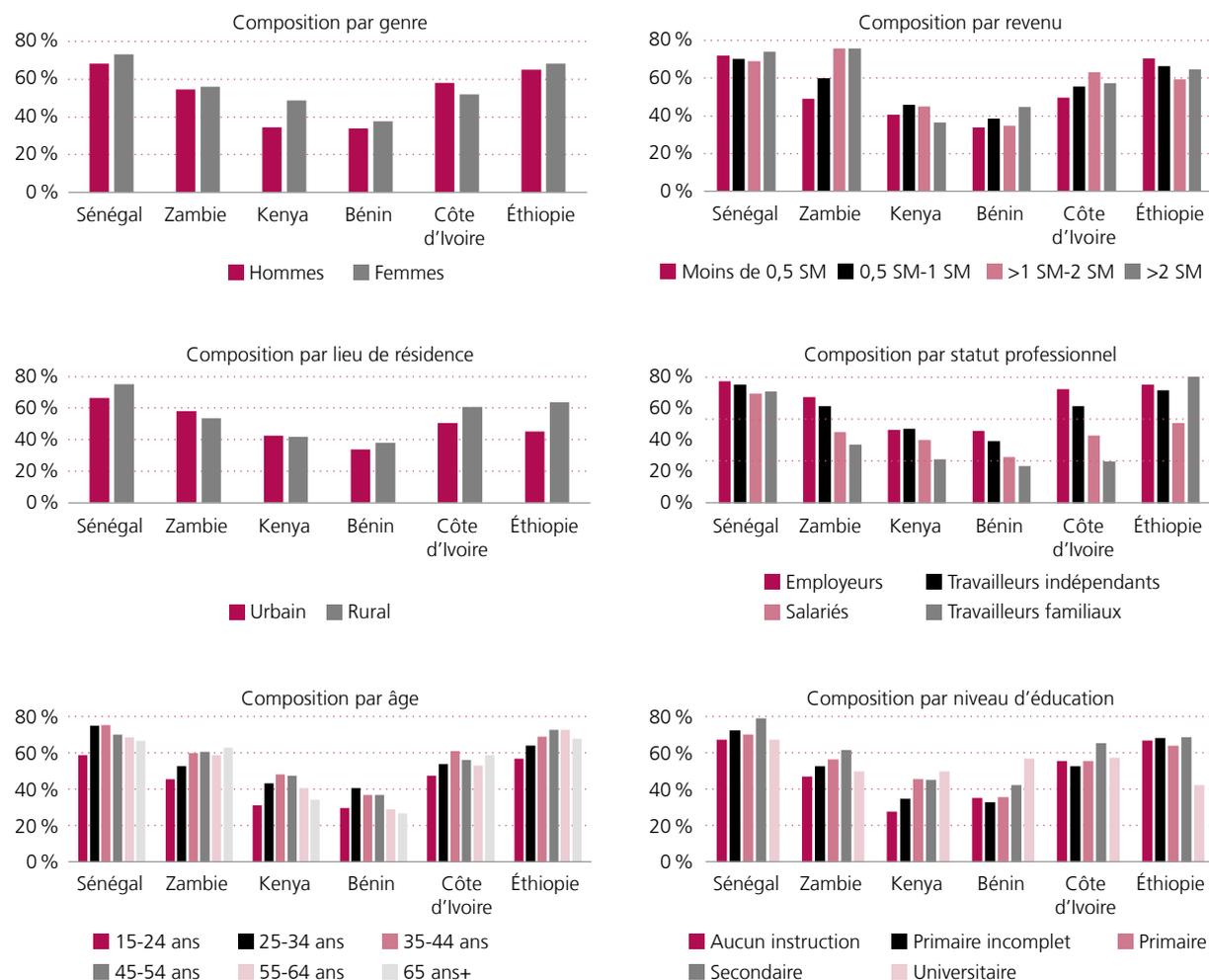


Figure 7.10

Facteurs socio-économiques de l'adhésion à un groupe



- Les employeurs de l'économie informelle sont plus disposés à adhérer à un groupe que les salariés, les travailleurs indépendants se situant entre les uns et les autres.

Les variables socio-démographiques et socio-économiques semblent exercer une incidence globale limitée en matière d'adhésion. Cela ne signifie pas que le revenu et le statut professionnel, par exemple, ne jouent aucun rôle, mais pourrait plutôt indiquer que l'inégalité des revenus n'est pas suffisamment importante pour peser sur l'affiliation.

7.5 CONCLUSIONS

L'enquête confirme que de nombreux opérateurs de l'économie informelle en Afrique subsaharienne sont effectivement organisés. Ils ont mis en place divers types de groupes et d'associations, en particulier des clubs d'épargne, des associations religieuses, des coopératives et des groupes de quartier. Les facteurs qui les incitent à s'organiser ainsi et à sélectionner un type de groupe plutôt qu'un autre sont, dans une moindre mesure, soumis à l'influence du genre, de l'âge, du lieu de travail, de l'éducation, du statut professionnel ou du niveau de revenu. La plupart des individus rejoignent un groupe à des fins d'*opportunités économiques*, de *sécurité sociale* ou d'*identité commune*, et beaucoup moins dans une perspective d'*autonomisation sociétale*. Les groupes du secteur informel sont souvent multifonctionnels. Même les groupes principalement axés sur la fourniture de services économiques ou financiers, ou liés par une foi commune, viennent fréquemment en aide aux membres confrontés à une urgence sociale. L'uniformité des profils socio-démographiques des membres du groupe indique que la polarisation sociale au sein de l'emploi informel n'est pas un facteur majeur de l'organisation. La quête de sécurité sociale par la mutualisation des risques et l'entraide est une *préoccupation transversale* qui sous-tend les efforts d'organisation dans l'économie informelle.

Comme il a été démontré ci-dessus, les organisations présentent un haut degré de formalité, qui leur permet de mettre en relation leurs membres (restant dans l'économie informelle) avec les entreprises de l'économie formelle, et avec les autorités locales. L'enquête a révélé qu'une écrasante majorité des répondants ont exprimé un niveau élevé de satisfaction à l'égard des services fournis par leur groupe, ainsi que de la compétence et de la fiabilité de ses dirigeants. Les groupes de l'économie informelle rencontrent rarement des problèmes de gouvernance car leur mode de fonctionnement repose sur l'adhésion volontaire, la participation active des membres et des structures de gestion démocratique. Les groupes sont généralement de petite taille, et surtout limités à un village, un marché ou un quartier au sein d'une ville.

L'enquête a révélé des différences substantielles entre les pays en ce qui concerne la densité organisationnelle – qui est deux fois plus élevée au Sénégal qu'au Kenya – ainsi que la popularité de différents types de groupes. Ces écarts peuvent découler des origines historiques respectives des pays : (i) l'influence des régimes coloniaux français ou bri-

tanniques ; (ii) les régimes post-indépendance (divers dérivés du socialisme africain au Bénin, au Sénégal et en Zambie, les politiques pro-occidentales en Côte d'Ivoire et au Kenya) ; et (iii) les attitudes des gouvernements plus récents à l'égard de l'informalité économique. Pour comprendre pleinement les causes des différences observées, la présente enquête doit être complétée par des recherches historiques sur les origines et les modèles de constitution de groupes au sein des économies informelles des six pays.

Les caractéristiques et le fonctionnement des groupes de l'économie informelle sont influencés par les caractéristiques essentielles de l'emploi informel :

- la majorité des acteurs de l'économie informelle exercent à leur propre compte ; ceux qui travaillent pour le compte d'autrui, ou qui emploient d'autres personnes (y compris des membres de leur famille), sont minoritaires. De plus, les individus au sein de l'économie informelle peuvent fréquemment changer de statut professionnel quand de nouvelles opportunités économiques se présentent, quand leurs affaires s'essoufflent ou quand une crise sociale menace. En conséquence, les relations de travail au sein de l'économie informelle fluctuent également et les groupes attirant uniquement des membres d'une catégorie donnée (employeurs, travailleurs salariés, travailleurs indépendants) sont alors moins attrayants pour ceux dont le statut professionnel évolue fréquemment. C'est pourquoi les travailleurs et les opérateurs de l'économie informelle s'organisent rarement en fonction de leurs relations professionnelles.
- Les opérations de l'économie informelle se déroulent en dehors du cadre de la législation civile, fiscale et du travail et de la réglementation administrative. Les opérateurs de l'économie informelle sont généralement exclus des régimes formels de sécurité sociale, ce qui signifie que les risques de la vie ne peuvent être minimisés que par la création de groupes d'entraide et d'associations mutuelles. Par conséquent, la sécurité sociale apparaît comme une préoccupation transversale, transcendant tous les types de groupes et d'associations, y compris ceux qui sont créés à des fins économiques ou financières.

Quelques recommandations générales peuvent être formulées sur la base du caractère central de la sécurité sociale, tel qu'il est décrit dans le contexte des chapitres 2 et 4 du présent rapport abordant « le recours aux soins médicaux » et « l'assurance maladie » :

- La couverture sanitaire universelle est un objectif vers lequel peuvent tendre les efforts conjoints déployés par l'État, à travers ses initiatives de politique sociale, et par les organisations de l'économie informelle. L'enquête montre que (a) les répondants ont identifié l'amélioration des services de santé comme étant leur revendication la plus importante sur la question de l'amélioration des services gouvernementaux ; (b) la majorité des personnes actuellement non affiliées à un régime d'assurance ma-

ladie seraient prêtes à s'affilier à un tel régime; et c) une majorité d'acteurs de l'économie informelle organisés au sein d'un groupe seraient intéressés à s'affilier à un régime d'assurance maladie.

- Chacun des six pays de l'enquête a mis en place un dispositif d'assurance maladie à base communautaire (AMBC) reliant les intérêts de la société civile en matière d'auto-organisation, les fonctions administratives des autorités locales et les capacités techniques, organisationnelles et financières du gouvernement central. Le Sénégal, le Bénin et la Côte d'Ivoire ont adopté le modèle français des « *mutuelles* » (mutuelles de santé), tandis que le Kenya, la Zambie et l'Éthiopie ont opté pour des variantes d'approches de développement communautaire. Ces groupes d'AMBC sont des structures locales qui coopèrent avec les autorités locales.
- Il est particulièrement important de concevoir un modèle hybride d'assurance maladie impliquant une coopération entre trois niveaux distincts : les organisations associatives (dont le fonctionnement repose entièrement sur leurs membres) locales collectent des cotisations et jouent un rôle en matière de communication et de prévention dans le domaine de la santé; les autorités locales gèrent l'offre et la demande locales de services de santé et orientent les patients vers des niveaux plus élevés de la hiérarchie des services de santé, si nécessaire; et les gouvernements centraux sont responsables de la mutualisation des risques et de l'application des règles à l'échelle du pays.

À cet égard, les organisations de l'économie informelle sont utiles non seulement à leurs membres, mais aussi aux gouvernements et à la société civile à tous les niveaux. Le potentiel d'organisation dans l'économie informelle est un outil précieux en vue de l'établissement d'une couverture sanitaire universelle. Toutefois, pour exploiter ce potentiel, les gouvernements devraient établir un environnement politique, juridique, administratif et institutionnel approprié qui facilite l'émergence, la reconnaissance officielle et le fonctionnement des groupes de l'économie informelle.

RÉFÉRENCES

- Bompani, B.** (2011): Religion and Faith-based Organisations in Africa: the forgotten actors, 27 septembre: <https://www.e-ir.info/pdf/14362> (consulté le 24.10.2021)
- Bonner, D./Spooner, C.** (2011): Organizing in the Informal Economy: A Challenge for Trade Unions, in: *IPG, 2, Berlin*.
- Lindell, I.** (2010): *Africa's informal workers, collective agency, alliances and transnational organizing in urban Africa*. Londres: Zed Books.
- Olivier, J. et al.** (2015): Understanding the roles of faith-based health-care providers in Africa: review of the evidence with a focus on magnitude, reach, cost, and satisfaction, in: *The Lancet*, 386 (10005), 1765–1775.
- Schwettmann, J.** (2018): Organizing [in] the informal economy – the role of trade unions, Berlin: FES.

8

ORGANISER DANS L'ÉCONOMIE INFORMELLE – L'INTÉRÊT DE LA MAIN-D'OEUVRE INFORMELLE À L'ÉGARD DES SYNDICATS

Rudolf Traub-Merz

8.1 INTRODUCTION

Nombre de pays africains débattent de plus en plus de la nécessité, pour les syndicats, de s'ouvrir à des segments du marché du travail jusque-là ignorés et de commencer à organiser les personnes employées de manière informelle afin de renverser la tendance baissière en matière d'adhésion. La main-d'œuvre informelle offre-t-elle un futur terrain de recrutement pour les syndicats ?

Aucune enquête représentative n'a encore été entreprise afin d'analyser directement, par le biais d'entretiens en face à face, ce que les travailleurs qui tirent leurs moyens de subsistance de l'économie informelle pensent réellement des syndicats. Notre enquête conjointe met au jour la volonté de la main-d'œuvre informelle de coopérer avec les syndicats, voire d'y adhérer en tant que membres ou affiliés.¹

8.2 L'EXISTENCE DES SYNDICATS EST MÉCONNUE DE BEAUCOUP, MAIS CEUX QUI EN ONT CONNAISSANCE ONT UNE OPINION POSITIVE

En général, les membres de la population active informelle² – composée des quatre catégories de statut suivantes : employeurs, salariés, travailleurs indépendants et travailleurs familiaux – sont peu sensibilisés aux syndicats (Figure 8.1). Sur une moyenne établie dans les six pays, 39,4 pour cent à peine ont déclaré avoir entendu parler des syndicats. La connaissance des syndicats varie considérablement d'un pays à l'autre. En Côte d'Ivoire, au Kenya et au Bénin, plus de la moitié des travailleurs informels en ont au moins entendu parler. Au Sénégal et en Zambie, cette part est moins élevée, à un tiers ou moins ; pour l'Éthiopie, il faut conclure que l'existence des syndicats est inconnue de la quasi-totalité du segment des personnes occupant un emploi informel.

¹ Pour de plus amples détails, voir Traub-Merz (2020).

² L'emploi du terme « main-d'œuvre informelle » est techniquement incorrect ici, car il inclut les chômeurs. Nous utilisons le terme « main-d'œuvre informelle » comme synonyme d'« emploi informel » car (i) le chômage n'est pas recensé dans les pays qui ne connaissent pas l'assurance-chômage et (ii) le problème clé n'est pas le chômage, mais le sous-emploi. L'absence de prestations de chômage pousse les individus à accepter des emplois, même de catégories inférieures, pour gagner (un tant soit peu) leur vie.

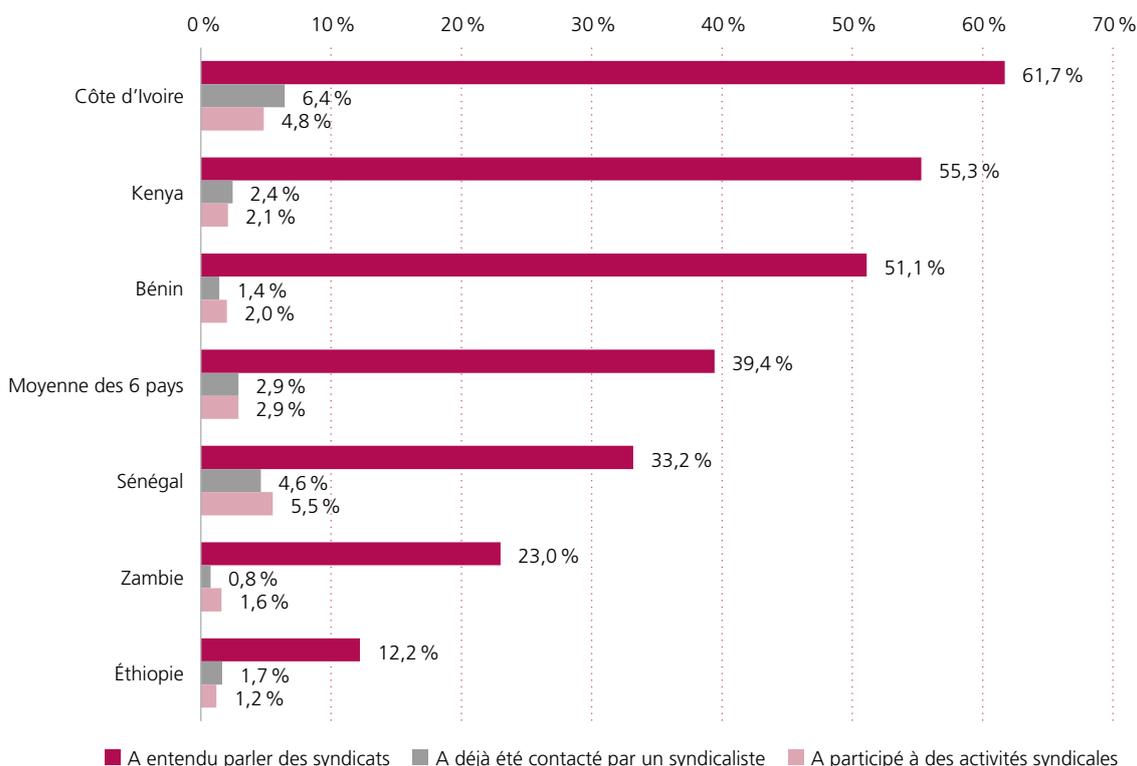
Certes, les citoyens ont davantage connaissance des affaires impliquant les syndicats, mais en dépit de leur proximité avec les activités syndicales urbaines, de larges segments de la main-d'œuvre informelle urbaine ne savent pas concrètement à quoi servent ces organisations.³ Ce faible niveau de connaissances témoigne d'une distance structurelle entre la main-d'œuvre informelle et les syndicats. Au sein de la population active informelle, seuls 1,2 pour cent (Éthiopie) à 5,5 pour cent (Sénégal) des travailleurs ont déjà participé à des activités syndicales. De même, les contacts personnels avec un ou une syndicaliste sont inexistantes. Le faible niveau d'interconnexion est un bon indicateur du fait que les syndicats ont largement négligé l'économie informelle.

Les segments de la main-d'œuvre informelle qui ont quelque connaissance des syndicats ont cependant une vision assez positive de ces structures. Dans l'ensemble des pays, une nette majorité souligne l'importance des syndicats et rejette l'idée de les interdire (Figure 8.2). Avec quelques réserves en Zambie et au Kenya, la plupart estiment même que les syndicats devraient être renforcés. Les points de vue sont plus partagés en ce qui concerne les indicateurs de performance. Près de la moitié des travailleurs informels sont convaincus que les syndicats améliorent la situation sociale de beaucoup, mais ils sont un peu moins nombreux à croire en leur efficacité. Selon différentes intensités, ces points de vue soulignent également la nécessité pour les syndicats d'améliorer leur performance, de devenir plus efficaces et de céder moins facilement à la corruption. Dans l'ensemble, les personnes interrogées adhèrent pleinement au principe du syndicalisme mais sa mise en œuvre pratique n'est pas appuyée dans la même mesure.

³ Pour un compte rendu des différences urbain/rural dans quatre pays, voir Traub-Merz (2020 : 9).

Figure 8.1

Connaître les syndicats et interagir avec eux

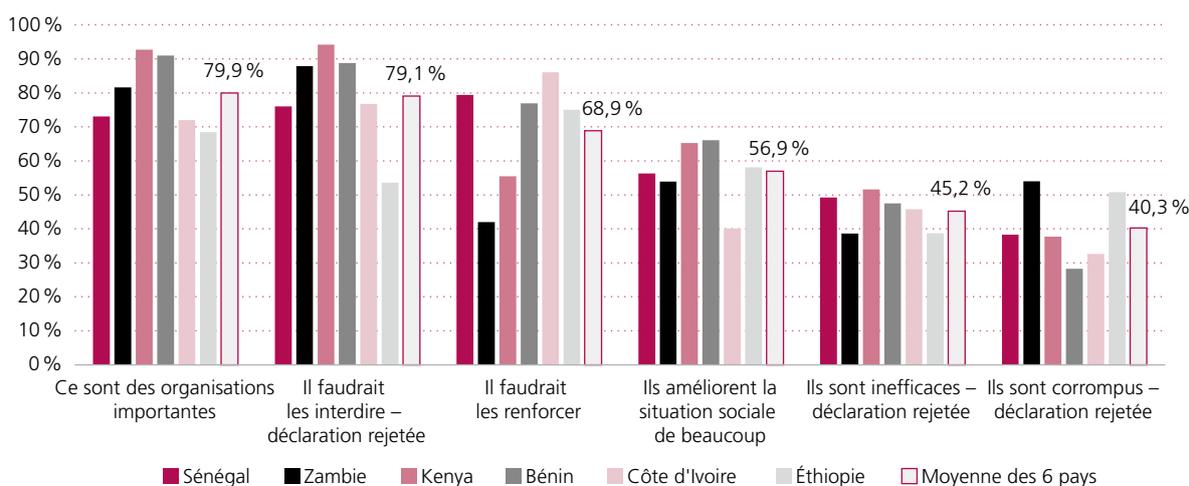


Question : « Avez-vous déjà entendu parler des syndicats et de leur action ? » Options de réponse : « Je n'ai pas entendu parler des syndicats » ; « J'ai entendu parler des syndicats mais je ne sais pas ce qu'ils font » ; « Je sais peu de choses au sujet des syndicats » ; « J'ai entendu parler des syndicats et je sais ce qu'ils font ».

Note : les questions « Avez-vous eu des contacts avec des syndicats ? » et « Avez-vous participé à des activités syndicales ? » ne s'adressaient qu'à ceux qui avaient au moins entendu parler des syndicats. Nous supposons que les personnes qui n'ont pas connaissance de l'existence des syndicats n'ont jamais eu de contacts avec des syndicalistes ni participé à des activités syndicales et renvoyons donc la réponse à l'échantillon total, c'est-à-dire : l'ensemble de la main-d'œuvre informelle.

Figure 8.2

Perceptions des syndicats



Note 1 : les options de réponse étaient « approuve totalement » ; « approuve en grande partie » ; « approuve en partie/désapprouve en partie » ; « désapprouve en grande partie » ; « désapprouve totalement ». La Figure 2 reflète uniquement les options de réponse « approuve totalement » et « approuve en grande partie », qui sont ici fusionnées.

Note 2 : concernant les déclarations « Il faudrait interdire les syndicats » ; « Ils sont inefficaces » et « Ils sont corrompus », la figure montre les répondants qui ont désapprouvé la déclaration.

8.3 INTÉRÊT DE LA MAIN-D'ŒUVRE INFORMELLE À L'ÉGARD DES SYNDICATS

Pour évaluer l'intérêt des travailleurs informels à l'égard des syndicats ainsi que leur volonté d'être organisés à travers eux, une approche en quatre volets est appliquée.⁴

- (i) Les répondants identifient en premier lieu ceux qu'ils pensent être les principaux bénéficiaires des activités syndicales. Cela permet d'aborder les attentes à l'égard des syndicats sous un angle socio-structurel.
- (ii) Les répondants évaluent ensuite l'indépendance organisationnelle des syndicats vis-à-vis du gouvernement.
- (iii) Les répondants déclarent leur intérêt à l'égard de l'affiliation syndicale.
- (iv) L'intérêt pour l'affiliation syndicale est ensuite confronté à l'épreuve des faits en demandant si les personnes qui souhaitent se syndiquer sont également disposées à payer une cotisation d'adhésion.

8.3.1 Quels sont les bénéficiaires perçus des activités syndicales ?

Afin d'éviter les questions dites suggestives, nous proposons une liste étendue de bénéficiaires potentiels des actions syndicales qui inclut également des groupes généralement considérés comme étant en dehors du « champ de recrutement » des syndicats. La liste comprend les employeurs du secteur privé et le gouvernement.

Les résultats sont synthétisés à la Figure 8.3 :

- Dans cinq pays sur six, les travailleurs informels appréhendent de toute évidence les syndicats comme des groupes d'intérêt. Telle est la conclusion tirée à partir des réponses distinguant d'un côté des groupes qui bénéficient de leurs actions, et de l'autre des groupes qui n'en bénéficient pas. L'Éthiopie fait exception, car les syndicats y sont perçus comme desservant l'ensemble des groupes de travailleurs.
- Dans les cinq pays où les syndicats sont perçus comme des groupes d'intérêt, certains points de vue sont uniformes et transcendent les frontières, identifiant toujours le même groupe de bénéficiaires, tandis que d'autres diffèrent et évoquent des caractéristiques ou des distinctions au niveau national.

En raison des conclusions spéciales, l'Éthiopie n'est pas prise en compte dans les remarques suivantes ; nous y reviendrons plus tard.

Dans tous les autres pays, la main-d'œuvre informelle perçoit généralement deux groupes comme étant généralement négligés par les syndicats : « les chômeurs » et le très globalisant « tout le monde ». Un troisième groupe, les « travailleurs indépendants », n'est pas non plus considéré comme faisant partie de la clientèle syndicale, mais l'avis des répondants béninois diffère sur ce point. Leur point de vue est partagé : près de la moitié considère que les syndicats se soucient des travailleurs indépendants.

Les opinions divergent en ce qui concerne les autres groupes sociaux. Les répondants sénégalais et ivoiriens rejettent l'opinion selon laquelle les syndicats soutiennent les agriculteurs,

⁴ Là encore, il est fait référence aux travailleurs ayant connaissance des syndicats.

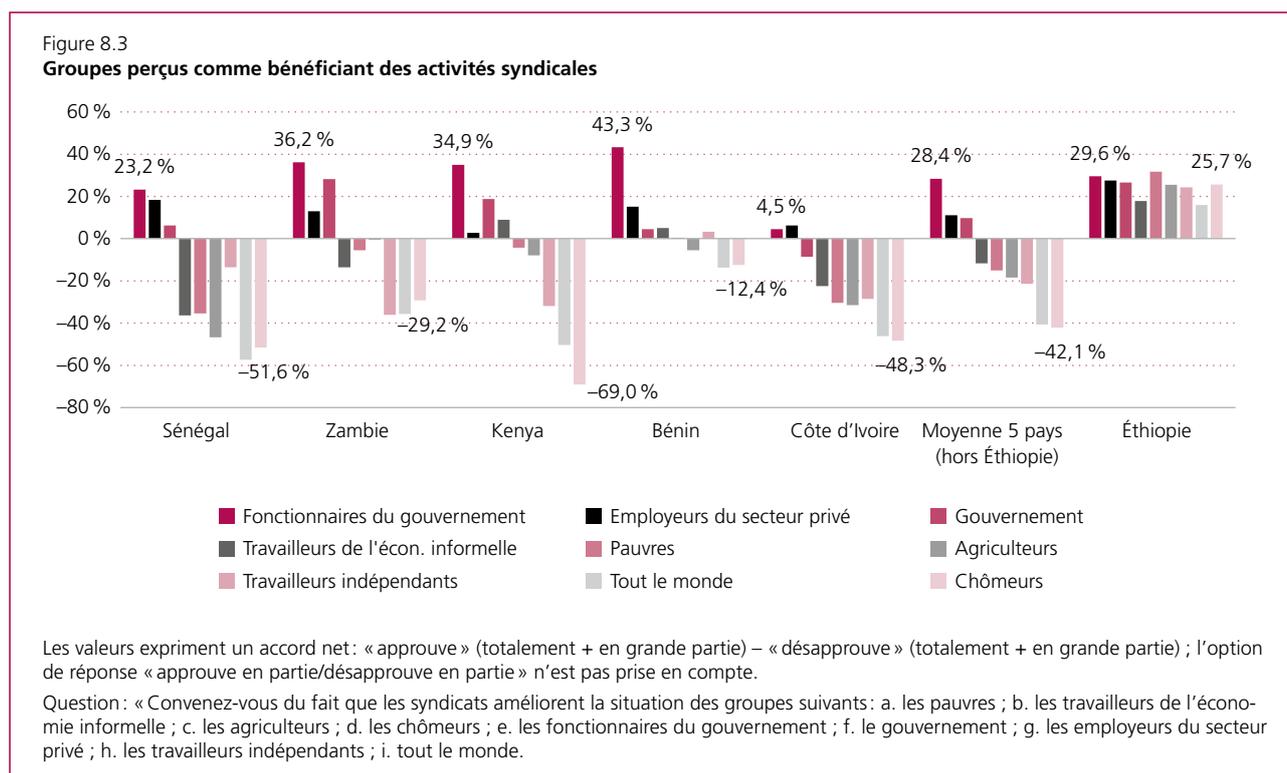
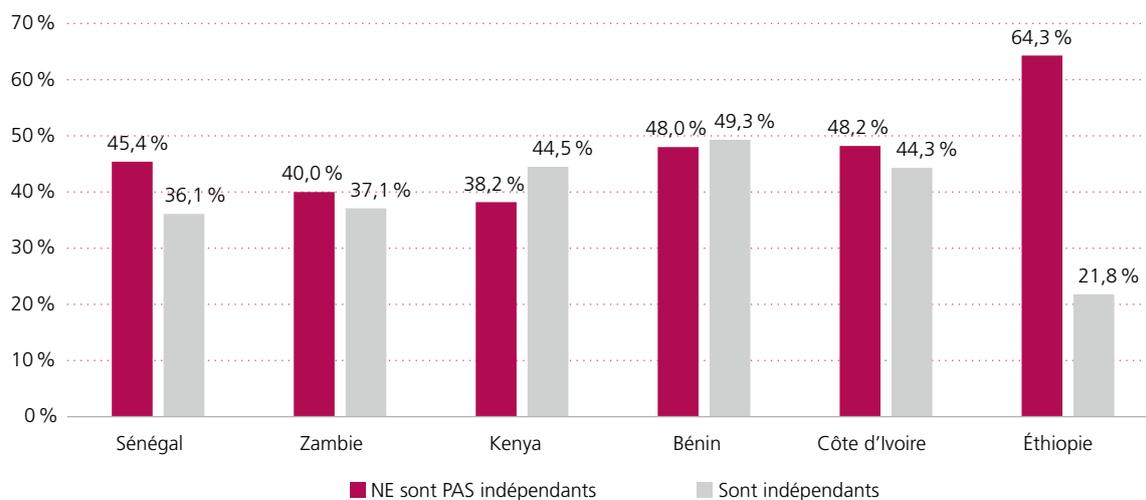


Figure 8.4

Indépendance des syndicats par rapport au gouvernement

Question : « Êtes-vous d'accord avec la déclaration suivante ? Les syndicats de votre pays sont indépendants du gouvernement. »

Note : on obtient un total de 100 pour cent en ajoutant l'option de réponse « approuve en partie/désapprouve en partie ».

les pauvres et les travailleurs de l'économie informelle. Les répondants des trois autres pays sont pour la plupart indécis et leurs points de vue sont partagés de façon égale entre « oui » et « non ».

Trois groupes en particulier sont perçus comme bénéficiant des activités syndicales : « les fonctionnaires du gouvernement », « les employeurs du secteur privé » et « le gouvernement ». Bien que les niveaux de soutien à leur égard diffèrent, ces trois groupes arrivent en tête dans chacun des cinq pays ou appartiennent au moins aux quatre catégories les mieux notées.

Qu'impliquent ces conclusions à propos des perceptions de la main-d'œuvre informelle ? De toute évidence, les syndicats ne sont pas considérés comme les principaux porte-parole des intérêts de la main-d'œuvre informelle. Lorsque les employeurs, les salariés du secteur formel et le gouvernement sont cités comme principaux bénéficiaires, deux conclusions peuvent être tirées :

- (i) Les employeurs et les salariés ne sont pas considérés comme impliqués dans des relations de travail conflictuelles. Les répondants souscrivent plutôt à l'opinion selon laquelle les syndicats apportent leur soutien aux deux parties. Au lieu d'être perçus comme des vecteurs de conflit, les syndicats sont plutôt considérés comme une passerelle entre les acteurs des différents côtés des relations de travail au sein de l'économie formelle.
- (ii) Du point de vue social, on considère que le clivage réel se fait non pas entre employeurs et employés, mais entre secteur formel⁵ et secteur informel. Une majorité de la main-d'œuvre informelle considère les syndicats comme

une courroie de transmission organisationnelle au profit des groupes du secteur formel.

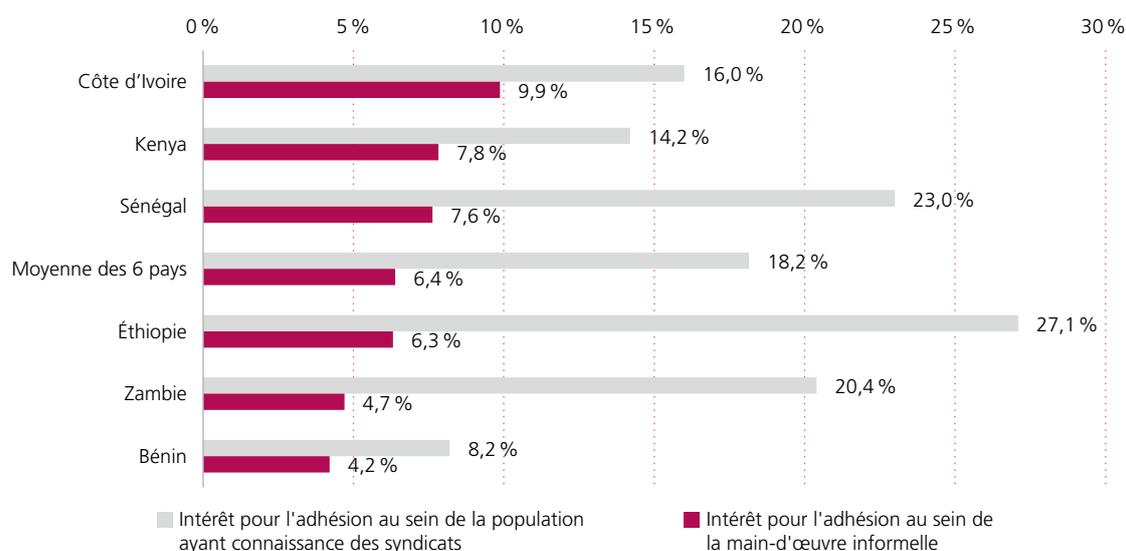
L'orientation vers le secteur formel ne devrait toutefois pas faire oublier que bon nombre de répondants estiment également que les syndicats se soucient des « travailleurs de l'économie informelle », même si cette perception n'est pas appuyée dans des proportions similaires. Au Bénin et au Kenya, cet avis est partagé par une légère majorité tandis qu'au Sénégal et en Zambie, plus de 30 pour cent sont favorables à cette perception.

Les pratiques au niveau local n'ont aucun lien avec les perceptions positives si nombreuses quant à l'intérêt des syndicats au sein de l'économie informelle. Au Bénin, certains syndicats recrutent depuis plusieurs années des « travailleurs dans l'économie informelle » et l'Union nationale des syndicats des travailleurs du Bénin (UNSTB) semble bien se porter.⁶ Mais au Kenya, le Congrès des syndicats du Kenya (KCTU) avait attendu l'année 2019 pour commencer à faire campagne en faveur de l'affiliation de travailleurs informels. Ici, aucune corrélation ne peut être établie entre le nombre élevé d'avis considérant les syndicats comme soutenant déjà les « travailleurs de l'économie informelle » et les activités syndicales concrètes. Les syndicats semblent plutôt faire l'objet d'un pari sur l'avenir, fondé sur l'espoir qu'ils puissent intégrer l'économie informelle et défendre les intérêts de ce segment de travailleurs. Ils pourront tirer parti de ce « crédit de confiance » lorsqu'ils intégreront concrètement l'économie informelle.

⁵ Le terme « secteur formel » est utilisé au sens métaphorique, et non pour désigner l'économie formelle.

⁶ L'UNSTB a rendu compte de la composition suivante de sa base d'adhérents pour 2017 : sur ses 84 526 membres, 71 pour cent appartiennent à des syndicats affiliés de manière informelle (Uhlandssekretariat (2018 : 1-2).

Figure 8.5

Intérêt pour l'adhésion individuelle à un syndicat


Note : pour le Kenya et le Bénin, les personnes ayant répondu à la question des connaissances en choisissant l'option B : « J'ai entendu parler des syndicats mais je ne sais pas ce qu'ils font » n'ont pas eu à répondre à la question sur l'adhésion. Certaines d'entre elles pourraient également être intéressées à rejoindre un syndicat, les chiffres associés au Kenya et au Bénin sont donc des moyennes basses et devraient être ajustés à la hausse. En moyenne dans quatre pays, 17,7 pour cent se sont déclarés intéressés par l'adhésion, y compris parmi les répondants qui avaient uniquement entendu parler des syndicats mais n'en savaient pas plus. Si ce taux est utilisé dans le cadre de l'ajustement, l'intérêt pour l'adhésion passera à 14,7 pour cent de la main-d'œuvre informelle totale au Kenya et à 10 pour cent au Bénin.

8.3.2 Les syndicats, des organisations indépendantes du gouvernement ?

La perception généralisée selon laquelle les syndicats ont tendance à agir dans l'intérêt du gouvernement soulève d'emblée la question de la séparation organisationnelle entre les deux parties. Les syndicats sont-ils considérés comme des organisations indépendantes ou perçus comme des organismes guidés et contrôlés par l'État ? Dans une société libérale fondée sur le marché, la qualité de la représentation des intérêts ne peut être évaluée que si l'indépendance organisationnelle vis-à-vis de l'État est garantie. On considère en effet que seule une organisation indépendante peut décider librement si elle souhaite soutenir les politiques gouvernementales ou s'y opposer ; une organisation dépendante est soumise à la contrainte.

La Figure 8.4 reflète les points de vue des travailleurs informels concernant l'indépendance des syndicats vis-à-vis du gouvernement :

- dans cinq des six pays, cette vision est partagée en deux camps de même poids. Le premier est convaincu de l'indépendance des syndicats, contrairement au second qui souscrit à l'idée que les syndicats sont une extension organisationnelle de l'État.
- L'Éthiopie représente un cas particulier puisqu'une majorité importante déclare que les syndicats sont rattachés à l'État.

En Éthiopie, la prédominance des avis évoquant une dépendance des syndicats nous permet de reconsidérer les points de vue précédents concernant les bénéficiaires des activités syndicales (voir ci-dessus). Si l'action des syndicats est guidée

par le gouvernement, ils ne peuvent jouer leur rôle au service d'intérêts particuliers, apportant leur aide à certains plutôt qu'à d'autres, et sont alors censés fournir une aide universelle, sans distinction d'aucune sorte, comme c'est le propre d'un gouvernement.⁷

8.3.3 Intérêt pour l'adhésion syndicale

Lorsque les syndicats réfléchissent à des stratégies visant à étendre leur base organisationnelle à la main-d'œuvre informelle, ils peuvent soit souhaiter recruter sur une base individuelle, soit chercher l'affiliation de groupes établis. Pour cette raison, les répondants ont été invités à faire part de leur intérêt sur deux aspects : premièrement, s'ils étaient intéressés à rejoindre un syndicat en tant que membre sur un plan individuel ; deuxièmement, s'ils seraient favorables à l'affiliation du groupe dont ils relèvent auprès d'un syndicat. La première question était adressée à tous ceux qui avaient entendu parler des syndicats, tandis que la seconde ne s'adressait qu'aux personnes qui étaient membres d'un groupe.

Adhésion individuelle

L'intérêt pour l'adhésion individuelle est illustré à la Figure 8.5. En moyenne dans les six pays, 18,2 pour cent des personnes

⁷ L'argument est valable pour les personnes qui, dans les autres pays, doutent de l'indépendance des syndicats. Un public percevant les syndicats comme des entités contrôlées par l'État les considérera spontanément comme des organisations principalement axées sur les groupes du secteur formel. Dans de nombreux pays, les syndicats reçoivent un appui budgétaire du gouvernement pour financer une partie de leurs dépenses d'infrastructure. Mais un tel soutien ne porte pas nécessairement atteinte à l'autonomie des syndicats. Au Bénin, bien que bénéficiant d'un appui gouvernemental de ce type, les syndicats se sont mobilisés maintes et maintes fois contre les tendances antidémocratiques et ce, malgré une subvention annuelle.

ayant connaissance des syndicats ont manifesté un intérêt pour l'appartenance syndicale. Les écarts entre les pays sont marqués. En Éthiopie, le niveau d'intérêt atteint 27,1 pour cent tandis qu'au Bénin, il n'est que de 8,2 pour cent.

Ces chiffres peuvent être interprétés de diverses façons. L'intérêt pour l'appartenance syndicale est plus de deux fois plus élevé (6,4 pour cent) que le niveau d'expérience personnelle sur des questions syndicales, dont se sont prévalus à peine 2,9 pour cent des répondants (voir la Figure 8.1). De toute évidence, l'intérêt à l'égard de l'adhésion n'est pas fondé sur la seule connaissance des syndicats, mais découle de l'espoir que l'appartenance syndicale apportera un avantage personnel.

Toutefois, si l'intérêt pour l'adhésion se rapporte à la main-d'œuvre informelle dans son ensemble, l'intérêt exprimé à hauteur de 6,4 pour cent apparaît comme faible. Le niveau d'intérêt fluctue d'un pays à l'autre mais ne dépasse jamais les 10 pour cent.

Adhésion collective

L'adhésion collective auprès d'un syndicat semble susciter un intérêt marqué parmi les membres de groupes établis. En moyenne dans les six pays, un tiers de tous les répondants (33,6 pour cent) sont favorables à une telle idée (Figure 8.6). Avec plus de 40 pour cent, l'Éthiopie et le Kenya arrivent en tête tandis que le Sénégal et la Côte d'Ivoire ferment la marche avec respectivement 28,4 et 24,2 pour cent).

L'intérêt déclaré en faveur de l'adhésion collective semble être légèrement inférieur à l'intérêt déclaré en faveur de l'adhésion individuelle mais cela tient au fait qu'à peine 50 pour cent environ des travailleurs informels appartiennent à un groupe (voir le Chapitre 7). Un calcul croisé permettrait de montrer que les répondants en faveur de l'adhésion individuelle sont généralement aussi favorables à l'adhésion

collective et que seul un petit groupe se dit défavorable à l'adhésion collective et opte pour l'adhésion individuelle.

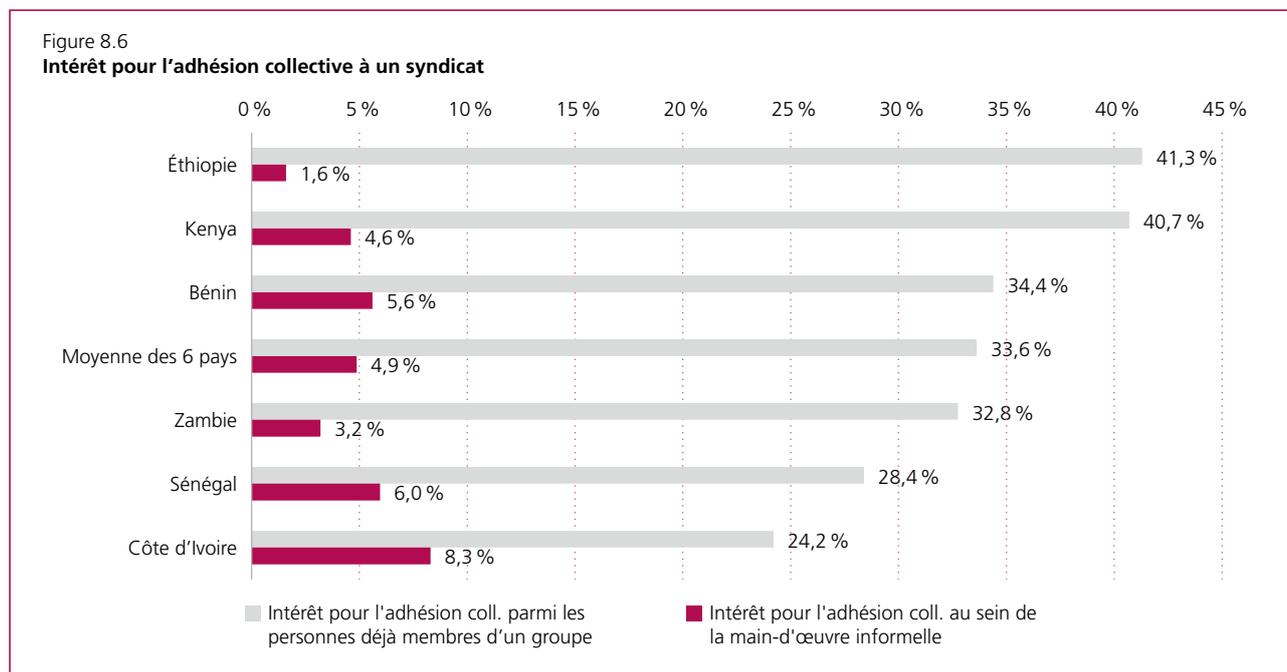
Discussion

L'intérêt à l'égard de l'adhésion individuelle et de l'adhésion collective doit être placé dans un contexte plus large. L'emploi informel représente la forme d'emploi dominante avec un taux de près de 90 pour cent (voir BIT 2018: Tableau B1). Les chiffres relatifs bas se transforment ainsi en chiffres absolus élevés. Au Bénin, quelque 200 000 personnes semblent disposées à adhérer à un syndicat; au Kenya, où le secteur de l'emploi est nettement plus important, un million ou plus déclarent un tel intérêt.⁸

Contrastant avec la composition actuelle des syndicats, le potentiel de la main-d'œuvre informelle afin de compléter les effectifs syndicaux devient visible. On sait malheureusement que les chiffres concernant l'appartenance syndicale sont peu fiables et dépassés. Ce sont généralement les syndicats eux-mêmes qui les déclarent et tendent plutôt à communiquer des moyennes hautes lorsqu'il s'agit de refléter leur force organisationnelle, et des moyennes basses dans le cas où ils doivent verser des cotisations à d'autres organisations.

Un simple calcul approximatif peut néanmoins être utile. En supposant une densité syndicale de 50 pour cent dans le secteur de l'emploi formel, et donc environ 5 pour cent de l'emploi total, nous obtenons un chiffre qui équivaut à l'intérêt de la main-d'œuvre informelle à hauteur de 5,5 pour cent. Si le taux de densité était plus faible, le niveau d'intérêt de la main-d'œuvre informelle dépasserait les niveaux d'adhésion existants. Même si ces chiffres ne sont que des approximations, le potentiel d'adhésion à travers l'intégration de la main-d'œuvre informelle semble considérable. L'intégration au sein des syndicats des travailleurs du secteur informel déjà motivés en ce sens permettrait aisément de

⁸ Pour une discussion plus détaillée, voir Traub-Merz (2020: 21).



doubler, voire de tripler le niveau actuel d'adhésion. Vu sous cet angle, la base organisationnelle des syndicats pourrait être considérablement élargie.

Il convient ici de souligner plusieurs aspects :

- Les déclarations d'intérêt pour l'appartenance syndicale interviennent dans un contexte social dans lequel les syndicats ne sont pas (encore) connus ou considérés comme des acteurs pertinents. Si davantage d'informations sur les syndicats deviennent disponibles, ces chiffres pourraient augmenter et un pourcentage nettement plus élevé de travailleurs du secteur informel pourraient se montrer intéressés à rejoindre un syndicat.
- Une déclaration d'intérêt n'équivaut pas à une demande d'adhésion. Les facteurs déclencheurs et les opportunités ont leur importance. En fin de compte, une stratégie d'organisation qui offre aux segments intéressés de la main-d'œuvre informelle des possibilités de participer à des actions syndicales pourra s'avérer nécessaire pour transformer l'intérêt déclaré en adhésion concrète.
- Le fait de demander aux répondants de faire part de leur intérêt à l'égard de l'appartenance syndicale reflète une perception individuelle et non la volonté d'un groupe. Il est possible de conclure à une « conscience de groupe » si l'intérêt de la direction du groupe est pris en compte. La seule considération des points de vue des membres ne permet pas, et de loin, de déduire ce qu'un groupe pourra décider.
- La présente étude n'a pas vocation à adresser aux syndicats des recommandations sur la façon de recruter. Il appartient à ceux-ci de contrebalancer les coûts et les avantages des différentes stratégies de recrutement. Cette enquête met néanmoins au jour un potentiel de recrutement important, en dépit du niveau globalement peu élevé de sensibilisation au syndicalisme dans de nombreux segments de l'économie informelle et du manque généralisé d'expérience personnelle avec la sphère syndicale. De vastes pans de la main-d'œuvre informelle se montrent favorables aux syndicats et disposés à s'engager si les syndicats prennent fait et cause pour eux.

8.4 DISPOSITION À ACQUITTER UNE COTISATION D'ADHÉSION

L'autofinancement est au cœur de la pérennité et de l'indépendance des organisations dont le fonctionnement repose sur l'adhésion. Ce mode de financement signifie que la majeure partie des revenus provient des cotisations. Un syndicat qui propose à ses membres des services sans exiger de compensation monétaire sous forme de cotisations ou de services payants risque d'épuiser ses ressources, ce qui entraînera un réajustement du financement d'autres activités. La prestation de services à titre gracieux ou moyennant un montant symbolique peut être acceptable pour certaines

raisons ou comme mesure d'incitation initiale. Mais à long terme, rendre des services sans compensation monétaire peut remettre en question la viabilité financière d'un syndicat et même menacer la réalisation de ses autres missions.

Comment les membres d'un groupe considèrent-ils une éventuelle contribution financière s'ils optent pour l'affiliation à un syndicat? Nous avons décliné cette question en trois versions, en abaissant à chaque fois la point de repère monétaire. Premièrement, nous avons interrogé les personnes sur leur disposition à s'engager dans une « relation classique » en acquittant pleinement des cotisations. Nous avons ensuite sollicité leur avis sur la question d'une cotisation réduite, puis nous leur avons demandé si les services d'un syndicats devaient être assurés à titre gracieux.

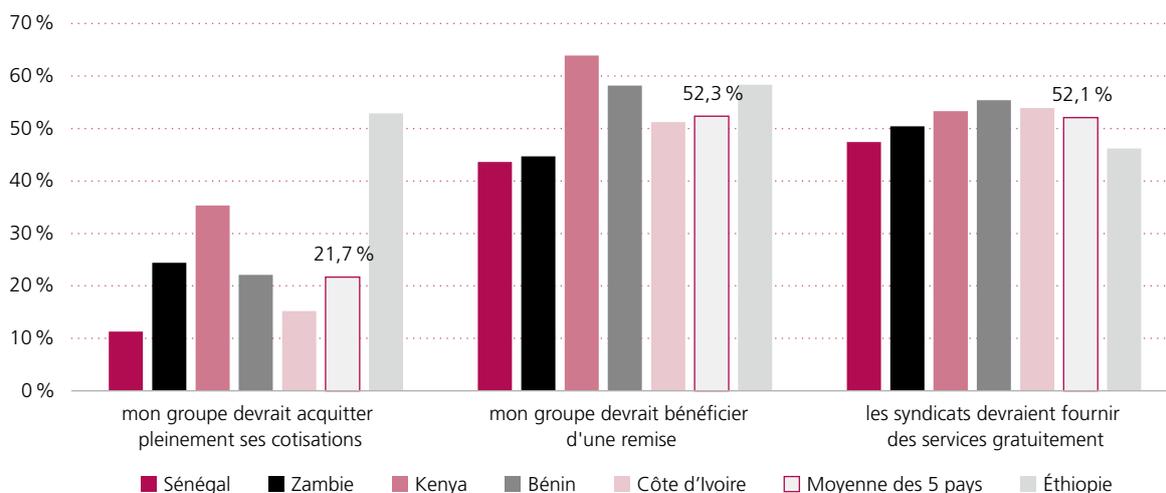
Là encore, l'Éthiopie est un cas à aborder séparément. Pour les cinq autres pays (Figure 8.7), nous pouvons conclure comme suit :

- Une grande majorité est opposée à l'idée d'acquitter des cotisations à plein tarif. En moyenne, 21,7 pour cent à peine ont estimé que leur groupe devrait acquitter pleinement ses cotisations, une fois affilié. Au Kenya, la pression financière que subissent les prestataires de services est mieux comprise mais même ici, ils n'étaient que 35 pour cent à être favorables à des cotisations à plein tarif.
- Les demandes de remise ont été largement appuyées avec, en moyenne, 52,3 pour cent des avis exprimés à cet égard. La plupart de ceux qui n'ont pas souhaité bénéficier d'une remise sont allés plus loin en optant pour des services gratuits.
- On distingue deux grands camps de poids similaire, qui exigent soit une réduction, soit la gratuité de l'adhésion. Seul un petit groupe était disposé à payer intégralement la cotisation.

L'Éthiopie est un cas à part en ce que chacune des trois options a été appuyée par près de la moitié des répondants. Les points de vue se chevauchent donc très largement et beaucoup de celles et ceux qui s'étaient d'abord déclarés favorables à une cotisation à plein tarif ont ensuite changé d'avis en faveur d'une remise, avant de finalement demander la gratuité de l'adhésion. S'il est vrai qu'en toute logique, les trois options de cotisation s'excluent mutuellement, dans la vie réelle, c'est la négociation qui tranche sur cette question. On espère obtenir des services gratuitement, mais en cas de refus, on se résout à accepter de devoir payer, avec ou sans réduction.⁹ Comparés aux autres pays, il est clair que les répondants éthiopiens ont changé d'avis plus fréquemment, ce que l'on pourrait attribuer à leur perception des syndicats

⁹ En situation d'entretien, il est assez difficile de reproduire les conditions d'un espace de négociation traitant de l'adhésion groupée. Le chevauchement de réponses peut être évité en ne permettant aux répondants de ne sélectionner qu'une seule option sur les trois. Mais là encore, les conditions ne seraient pas celles d'une situation de négociation.

Figure 8.7

Disposition à acquitter une cotisation d'adhésion

Question : « Si votre organisation s'est affiliée à un syndicat, quelle devrait être la relation financière entre votre groupe et le syndicat ?

A. Mon groupe devrait verser des cotisations aux syndicats et ne pas demander de réduction. B. Mon groupe devrait bénéficier d'une remise car mon organisation est trop pauvre pour acquitter des cotisations à plein tarif. C. Le syndicat ne devrait pas demander de cotisations mais nous fournir des services gratuits. »

Note : les réponses se chevauchent et les chiffres cumulés ne totalisent pas 100 %.

en tant qu'entités contrôlées par l'État. Le pourcentage élevé de répondants éthiopiens qui s'étaient déclarés disposés, en premier lieu, à acquitter pleinement des cotisations peut refléter un environnement politique autoritaire dans lequel il est préférable de payer ce qui est exigé, même si la demande émane d'un syndicat contrôlé par l'État. Alors que dans les cinq autres pays, les avis semblent refléter une réelle disposition à acquitter une cotisation, les chiffres pour l'Éthiopie devraient être traités avec une certaine prudence et ne pas être pris en compte en l'état.

Pour le bloc des cinq pays, nous pouvons conclure que l'intérêt à l'égard de l'affiliation se fonde principalement sur l'espoir qu'une relation asymétrique puisse évoluer de manière favorable entre le prestataire des services et le bénéficiaire. Cette asymétrie transparaît surtout dans les catégories qui privilégieraient un statut de « resquilleur ». On la perçoit également à travers celles et ceux qui souhaitent bénéficier d'une subvention sous forme de remise. À différents degrés, les répondants ont identifié une disparité entre les syndicats et leurs propres groupes. Ils considèrent leur propre groupe comme trop pauvre pour payer (en totalité), tandis que les syndicats sont perçus comme suffisamment « riches » pour renoncer à une compensation monétaire. L'adhésion syndicale est certes une option qui intéresse les groupes de travailleurs informels, mais la plupart espèrent bénéficier de services à titre gracieux (à tout le moins partiellement). L'adhésion implique donc un contrat social qui permet des transferts monétaires des plus forts vers les plus faibles, des plus riches vers les plus pauvres.

8.5 SYNTHÈSE ET CONCLUSIONS

La synthèse des résultats empiriques fait apparaître plusieurs perceptions prépondérantes, qu'il convient de souligner ci-après :

- De manière générale, les membres de la main-d'œuvre informelle sont peu au fait de l'existence des syndicats. Dans les six pays étudiés, une majorité évidente n'a jamais entendu parler des syndicats ou n'a aucune connaissance de ce qu'ils font ou défendent. Ce faible niveau de connaissance quant à ce que les syndicats représentent témoigne d'une distance structurelle entre la main-d'œuvre informelle et ces organisations et démontre en outre clairement que les syndicats ont largement négligé l'économie informelle.
- Les segments de la main-d'œuvre informelle qui ont entendu parler des syndicats ont cependant une vision assez positive du rôle de ces structures dans leurs pays. Dans l'ensemble des pays, une nette majorité souligne l'importance des syndicats, estime qu'ils contribuent à améliorer la situation sociale de nombreuses personnes et souhaite que les syndicats soient des structures fortes et qu'ils se renforcent encore davantage. Selon différentes intensités, les points de vue exprimés évoquent toutefois la nécessité pour les syndicats d'améliorer leur performance, de devenir plus efficaces et d'agir avec plus de transparence pour éviter les accusations de corruption. Les personnes interrogées adhèrent pleinement au principe du syndicalisme, mais sa mise en œuvre pratique n'est pas appuyée dans la même mesure.
- Dans cinq pays sur six, une majorité considère les syndicats comme des groupes d'intérêt, qui s'engagent principalement au profit de groupes du secteur formel,

à savoir les gouvernements, les employeurs et les salariés. Ces derniers ne sont pas considérés comme étant impliqués dans des relations de travail conflictuelles, mais comme bénéficiaires égaux de l'action syndicale. Du point de vue social, on considère que le clivage réel se fait entre les économies formelle et informelle, ou entre l'emploi formel et informel.

- Les points de vue divergent quant au rôle des syndicats vis-à-vis de la main-d'œuvre informelle qui, dans notre liste, est représentée par « les travailleurs de l'économie informelle » et « les travailleurs indépendants ». Au Bénin, une bonne moitié considère les deux groupes en tant que bénéficiaires de l'action syndicale, tandis que le Kenya désigne plutôt les travailleurs informels. Au Sénégal, en Côte d'Ivoire et en Zambie, la main-d'œuvre informelle est considérée comme étant négligée par les syndicats. Les points de vue en partie positifs dans certains pays ne peuvent guère s'expliquer par l'engagement actuel des syndicats en faveur de ce segment de travailleurs et semblent davantage relever d'un pari sur l'avenir, plutôt que d'un réel vécu.
- Les points de vue de la main-d'œuvre informelle en Éthiopie diffèrent sensiblement des points de vue des autres pays à plusieurs égards. La raison principale semble être que les syndicats sont largement considérés comme étant rattachés à l'État, ce qui ne leur permet pas d'agir comme le feraient des groupes d'intérêt.
- Certains segments de la main-d'œuvre informelle fondent de grands espoirs dans les syndicats, comme en témoigne leur intérêt pour l'appartenance syndicale. Bien que la proportion d'intéressés puisse de prime abord sembler très faible, son importance devient plus prononcée lorsqu'elle est exprimée en chiffres absolus. L'intégration au sein des syndicats des travailleurs du secteur informel déjà motivés en ce sens permettrait aisément de doubler, voire de tripler ou de quadrupler le niveau actuel d'adhésion.
- L'intérêt pour l'affiliation à un syndicat est également bien visible dans les segments déjà organisés de la main-d'œuvre informelle. Même si notre enquête n'évalue pas les points de vue des groupes dans leur ensemble, mais des membres du groupe à un niveau individuel, et que seule une minorité a exprimé un intérêt pour l'adhésion (appartenance syndicale), beaucoup espèrent une coopération plus étroite.
- Sans surprise, l'intérêt à acquitter une cotisation est moins palpable. Les syndicats sont considérés comme des organisations dotées de solides ressources financières et les membres de la main-d'œuvre informelle qui se déclarent prêts à s'y affilier sont intéressés par une réduction de la cotisation, voire par la gratuité des services proposés.

Implications pour les stratégies de recrutement syndicales

De quelle manière les résultats de notre sondage peuvent-ils contribuer aux réflexions syndicales portant sur l'organisation des segments constitués par les travailleurs informels ? Cela dépend en grande partie de l'orientation que les syndicats donneront à leurs efforts de recrutement de nouveaux membres. Fondamentalement, on se base ici sur une matrice composée de quatre approches distinctes. D'une part, les syndicats doivent déterminer s'ils fonctionneront sur la base de l'adhésion individuelle ou s'ils privilégieront l'affiliation de groupes. Ils doivent également déterminer si les nouveaux membres pourront être issus de toutes les branches du marché du travail (recrutement ouvert) ou si certaines niches ou branches devront être prioritaires (recrutement stratégique).

Si les syndicats optent pour un recrutement ouvert, ils risquent de se heurter à des attentes élevées et trop optimistes. Ils pourraient ne pas être en mesure d'utiliser leur poids organisationnel dans le cadre des négociations collectives si quelques individus à peine sont disposés à les rejoindre ; et ils pourraient faire face à des coûts insoutenables pour maintenir la communication avec les membres vivant dans des lieux dispersés.

Le recrutement stratégique permet de se concentrer sur les lieux de travail accueillant une main-d'œuvre dense et sur les branches économiques à l'égard desquelles les syndicats possèdent déjà des connaissances socio-économiques, voire dans lesquelles ils bénéficient déjà d'une présence organisationnelle. Dans pareilles circonstances, l'affiliation de groupe pourrait être le résultat d'un accord négocié, qui permettrait d'ajuster les attentes concernant les gains et les coûts à un niveau réaliste et de mettre en place une plateforme commune fondée sur les forces et les faiblesses des deux parties. Les synergies organisationnelles deviendraient la principale motivation.

Il pourrait en être de même si les stratégies de recrutement ciblent non pas des groupes, mais des individus non organisés. Ici encore, les syndicats ont la possibilité de sélectionner des secteurs économiques et de centrer leur intervention sur les branches dans lesquelles ils sont déjà présents. Les ressources qui se font rares, comme l'envoi de militants sur des sites couvrant un nombre important de lieux de travail, peuvent être utilisées de manière plus économique. Le fait de limiter les objectifs de recrutement à seulement quelques sites couvrant un nombre supérieur de lieux de travail pourra ainsi permettre d'aboutir à un ensemble homogène de revendications en vue de faciliter la négociation collective.

RÉFÉRENCES

BIT (2018): Femmes et hommes dans l'économie informelle: Un panorama statistique (troisième édition). Genève: Bureau international du Travail.

Traub-Merz, R. (2020): Interest of Informal Labour in Trade Unions. Findings from Representative Country Surveys in Sub-Saharan Africa. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Uhlandssekretariat (2018): Labour Market Profile – Benin, 2018: https://www.uhlandssekretariatet.dk/wp-content/uploads/2020/02/Bénin_Imp_2018.pdf (consulté le 20.08.2020)

9

NOTES TECHNIQUES SUR L'ENQUÊTE

Michael Frosch, Richard Houessou et Abel Oyuke

Équipe du projet

Le projet d'enquête a été réalisé conjointement entre la Fondation Friedrich-Ebert-Stiftung (FES), en tant qu'institution principale, et l'Organisation internationale du Travail (OIT) et l'Institut allemand pour le développement et la durabilité (IDOS) en tant que partenaires de coopération. Les Instituts nationaux de statistique (INS) qui font partie du réseau Afro-Baromètre étaient des partenaires de mise en œuvre dans les pays couverts par l'enquête. Un soutien technique supplémentaire comprenant la gestion des données a été fourni par l'Institute for Development Studies (IDS) de l'Université de Nairobi. Les membres de ces institutions se sont réunis à diverses occasions pour élaborer conjointement le questionnaire et convenir des particularités du protocole d'enquête.

Objectifs de l'enquête

Les principaux objectifs de l'enquête sont d'obtenir une meilleure compréhension de la situation sociale des travailleurs du secteur informel en ce qui concerne les questions de santé, la confiance dans l'État et le gouvernement, l'auto-organisation et l'intérêt pour les syndicats.

Définitions opérationnelles de l'emploi informel

L'OIT (2019: 6) propose une définition de l'emploi informel pour trois catégories de travailleurs :

- (i) « Les salariés sont considérés comme ayant un emploi informel lorsque leur relation d'emploi n'est pas soumise, de par la loi ou en pratique, à la législation nationale du travail, l'impôt sur le revenu, la protection sociale ou le droit à certains avantages liés à l'emploi (par exemple, préavis en cas de licenciement, indemnité de licenciement, congés payés annuels ou congés de maladie payés, etc...). »
- (ii) « Les travailleurs indépendants et les employeurs sont considérés comme ayant un emploi informel lorsque leurs unités économiques relèvent du secteur informel. Le secteur informel est un sous-ensemble d'entreprises familiales (ne constituant pas une personne morale distincte du ménage ou des membres du ménage auxquels elles appartiennent) qui produisent des biens ou des services destinés à la vente sur le marché et qui ne tiennent pas un ensemble complet de comptes et/ou ne sont pas enregistrés en vertu de la législation nationale. »

- (iii) « Les travailleurs familiaux contribuant à l'entreprise familiale sont, par définition, considérés comme ayant un emploi informel, indépendamment de la nature formelle ou informelle de l'unité économique au sein de laquelle ils travaillent. »

La définition de l'emploi informel repose sur la définition de l'emploi. La définition de l'emploi a été modifiée en 2013 avec l'adoption de la résolution de la 19e CIST.

L'emploi est devenu plus étroitement lié à la rémunération et la production de biens à usage personnel a été exclue de l'emploi et reconnue comme l'une des cinq formes de travail. Notre enquête est en phase avec ces changements, et la production de biens à usage propre, y compris les travailleurs de subsistance (c'est-à-dire l'agriculture, l'élevage d'animaux ou la pêche destinés à être uniquement ou principalement consommés par le ménage, est donc exclue de l'enquête et du concept d'emploi informel.

Pour déterminer le travail informel et ses différentes catégories, l'enquête a utilisé les définitions opérationnelles suivantes :

Travailleurs du secteur informel: emploi rémunéré faisant référence à une contribution de l'employeur à un régime de retraite public ou privé. La référence est celle d'un emploi principal. Lorsque l'employeur ne verse pas de contributions, les salariés sont regroupés sous la rubrique « informel ».

Employeurs informels et travailleurs indépendants (y compris les activités agricoles principalement destinées au marché): le caractère informel est défini par la non-inscription au registre national, qui permet la taxation des entreprises.

Travailleurs familiaux contribuant à l'entreprise familiale: par définition, ils sont considérés comme ayant un emploi informel en raison de la nature informelle des emplois qu'ils occupent.

En cas d'emplois multiples: l'emploi principal est celui dans lequel le participant travaille habituellement le plus grand nombre d'heures contre rémunération ou profit. Seul l'emploi principal a été pris en compte pour identifier les emplois informels; les emplois secondaires n'ont pas été pris en compte.

Questionnaire

Le questionnaire comportait initialement 143 questions principales, qui peuvent être réparties en plusieurs sections. Les principaux groupes sont les suivants :

Données personnelles et sociographiques: l'âge; le sexe; le statut au sein du ménage; l'éducation; la situation professionnelle; les revenus des participants; et les biens du ménage.

Problèmes de santé: l'expérience des participants en matière de services de santé; les ressources des participants pour financer un traitement médical; et l'assurance maladie, notamment les raisons d'y adhérer ou non.

Confiance dans l'État / le gouvernement: les attentes des participants relatives aux services fournis par l'État; les opinions des participants sur la capacité et la volonté de l'État de fournir des services; les opinions des participants sur le paiement d'impôts et de taxes en échange de services; et les opinions des participants sur l'inégalité sociale, la justice sociale et le rôle de la politique sociale.

Auto-organisation et représentation des intérêts: où, pourquoi et comment les participants s'organisent-ils en groupes? Les participants ont-ils le sentiment que leurs intérêts sont représentés par leur groupe? Quelles sont les opinions des participants sur les syndicats?

L'apparition de la pandémie de Covid-19 a amené à ajouter des questions sur la façon dont les gens ont réagi et sur les politiques gouvernementales de confinement.

Conception de l'échantillon et processus d'échantillonnage

L'échantillon est conçu comme un échantillon représentatif de tous les travailleurs du secteur informel âgés de 15 ans et plus dans un pays donné. Chaque citoyen répondant aux critères d'âge et de travail informel est sélectionné aléatoirement pour participer à l'entretien. L'échantillon sélectionné est défini par des méthodes de sélection aléatoire à chaque étape de l'échantillonnage et l'application d'un échantillonnage probabiliste basé sur la taille de la population.

Le processus d'échantillonnage est basé sur la stratification du pays en régions. Les régions sont classées comme urbaines ou rurales. Les unités primaires d'échantillonnage (UPE), parfois appelées zones de dénombrement (ZD), sont la plus petite unité géographique pour laquelle il est possible d'obtenir des données démographiques fiables. Les unités primaires d'échantillonnage sont sélectionnées dans chaque strate en fonction de sa part de la population nationale, puis réparties en fonction de la division urbaine/rurale de chaque strate. Un total de huit ménages a été regroupé dans chaque zone de dénombrement pour des raisons d'efficacité logistique et pour réduire le coût du contact avec l'échantillon. L'échantillon national de 1 200 ménages est suffisamment important pour permettre de tirer des conclusions sur l'ensemble des travailleurs du secteur informel âgés de 15 ans ou plus, avec une marge d'erreur d'échantillonnage moyenne

ne dépassant pas plus ou moins 2,8 pour cent pour un niveau de confiance de 95 pour cent.

Le processus d'échantillonnage est structuré en quatre étapes: (i) la sélection des zones de dénombrement; (ii) la sélection des points de départ de l'échantillonnage; (iii) la sélection des ménages; et (iv) la sélection de participants aléatoires à l'entretien. Cette méthode d'échantillonnage est appliquée en tant que modèle standard dans tous les pays couverts par l'enquête. L'enquête utilise un questionnaire standard qui comporte des questions identiques ou fonctionnellement équivalentes. Grâce à cette normalisation, les réponses peuvent être comparées d'un pays à l'autre et dans le temps.

- Définition des zones de dénombrement (ZD):

grâce au dernier recensement de la population et à sa mise à jour, les bureaux nationaux de statistiques sélectionnent de manière aléatoire les zones de dénombrement pour chaque strate et chaque division rurale/urbaine, selon une probabilité proportionnelle à la taille de la population.

Pour un échantillon de $N=1\ 200$, l'office statistique sélectionne aléatoirement 150 zones de dénombrement pour une enquête nationale donnée, soit $150 \times 8 = 1\ 200$ entretiens.

- Définition des points de départ de l'échantillonnage (PDE) pour chaque zone de dénombrement :

dans tous les pays couverts par l'enquête, il n'existe pas de liste complète des ménages à partir de laquelle l'échantillon pourrait être tiré au hasard. La meilleure méthode suivante consiste donc à utiliser des cartes physiques (fournies par le bureau des statistiques). Un point de départ de l'échantillonnage (PDE)¹ est marqué sur la carte et les équipes de terrain se déplacent aussi près que possible de ce point ou des habitations qui en sont les plus proches. Un deuxième PDE est sélectionné comme réserve ou substitut au cas où le PDE initial serait inapproprié ou inaccessible.

- Sélection du ménage et parcours des équipes d'enquêteurs :

Les enquêteurs commencent à marcher à partir du point de départ physique, l'enquêteur 1 marchant vers le soleil et l'enquêteur 2 dans la direction opposée, tandis que

¹ La sélection aléatoire d'un point de départ repose sur une grille. Une règle est placée le long du haut de la carte et une autre sur le côté. Une table de nombres aléatoires est ensuite utilisée pour sélectionner des paires de chiffres, l'une pour l'axe supérieur et l'autre pour l'axe latéral, permettant ainsi une combinaison aléatoire. Une ligne est ensuite tracée sur la carte, à l'horizontale du nombre choisi sur le côté, et une autre ligne est tracée à la verticale du nombre choisi sur l'axe supérieur. Chaque paire X-Y de numéros de la table de nombres aléatoires ne peut être utilisée qu'une seule fois. Chaque paire X-Y de numéros de la table de nombres aléatoires ne peut être utilisée qu'une seule fois.

les enquêteurs 3 et 4 forment un angle de 90 degrés à droite et à gauche. Avec ce parcours, les quatre directions sont couvertes. En comptant les ménages des deux côtés du chemin, le ménage n° 5 est sélectionné comme premier ménage pour l'entretien et le ménage n° 15 pour le second entretien.²

Si l'entretien ne peut pas avoir lieu parce que personne n'est à la maison, ou si l'entretien commence mais ne peut pas être mené jusqu'au bout, l'enquêteur se rend chez le prochain ménage, du même côté de la route ou en face (ménage n° 6), et le deuxième entretien est réalisé auprès du ménage n° 16.

² Des règles spéciales ont été appliquées dans le cas de bâtiments à plusieurs étages, de ménages très dispersés et d'établissements au sein de fermes à vocation commerciale.

LISTE DES FIGURES

Figure 2.1	Recours aux soins médicaux	10	Figure 5.6	Aide reçue de la part du gouvernement durant la pandémie	50
Figure 2.2	Recours régulier aux soins médicaux, par lieu de résidence urbain/rural	11	Figure 5.7	Pauvreté monétaire avec l'octroi d'une aide publique	50
Figure 2.3	Recours aux soins médicaux, par genre	11	Figure 6.1	Confiance des personnes occupant un emploi informel à l'égard des institutions (% du total, par pays)	56
Figure 2.4	Recours aux soins médicaux, par niveau de revenu	13	Figure 6.2	Perception des personnes employées de manière informelle: dans quelle mesure les différentes institutions se préoccupent-elles de leurs principales priorités (% du total, par pays)	56
Figure 2.5	Demande de services publics de meilleure qualité (première priorité)	14	Figure 6.3	Perception du potentiel des diverses institutions à réellement changer la donne en répondant aux grandes priorités des personnes occupant un emploi informel	57
Figure 2.6	Demande de services de santé de meilleure qualité (première priorité) par lieu de résidence urbain/rural	15	Figure 6.4	Perception de l'équité de la prestation de services publics en échange du paiement d'impôts et de taxes	59
Figure 2.7	Demande de services de santé de meilleure qualité et de meilleures retraites (première priorité), par groupes d'âge	16	Figure 6.5	Opinions quant au caractère suffisant ou non des contributions des riches aux impôts	61
Figure 2.8	Demande de services de santé de meilleure qualité (première priorité), par revenu	17	Figure 6.6	Degré d'ouverture à une augmentation des contributions si l'argent est utilisé pour la santé	61
Figure 2.9	Demande de services de santé de meilleure qualité (première priorité), par genre	17	Figure 6.A7	Confiance dans le gouvernement	63
Figure 2.10	Demande de soins de santé comme première priorité et recours aux soins médicaux	18	Figure 7.1	Densité organisationnelle	65
Figure 3.1	Sources de financement des traitements médicaux	22	Figure 7.2	Types de groupes	66
Figure 3.2	Sources de financement des traitements médicaux par les membres de l'assurance maladie (2 pays)	22	Figure 7.3	Effectif de membres des groupes	67
Figure 3.3	Paiement des soins médicaux en fonction des sources de financement et de la zone de résidence (urbaine ou rurale)	24	Figure 7.4	Couverture géographique des groupes	69
Figure 3.4	Sources de financement des soins médicaux selon le genre	25	Figure 7.5	Durée de vie des groupes	69
Figure 3.5	Modes de paiement des soins médicaux selon la classe de revenu	26	Figure 7.6	Affiliation à des structures de niveau supérieur	70
Figure 3.6	Recours aux soins médicaux si le financement provient de la vente de biens ou l'endettement	26	Figure 7.7	Motifs d'adhésion à un groupe	72
Figure 4.1	Adhésion aux régimes d'assurance maladie, libre accès aux services de santé nationaux et financement direct par l'employeur	29	Figure 7.8	Soutien des groupes à leurs membres en cas d'urgence	73
Figure 4.2	Répartition des travailleurs dans l'emploi informel qui sont membres de régimes d'assurance maladie selon :	31	Figure 7.9	Satisfaction à l'égard de la performance du groupe	74
Figure 4.3	La dimension de ménage de la couverture d'assurance maladie	32	Figure 7.10	Facteurs socio-économiques de l'adhésion à un groupe	74
Figure 4.4	Volonté des travailleurs du secteur informel (non-membres) de s'affilier à un régime d'assurance maladie	33	Figure 8.1	Connaître les syndicats et interagir avec eux	78
Figure 4.5	Raisons de ne pas s'affilier à un régime d'assurance maladie	34	Figure 8.2	Perceptions des syndicats	78
Figure 4.6	Principales raisons de ne pas s'affilier à un régime d'assurance maladie par niveau de revenu	35	Figure 8.3	Groupes perçus comme bénéficiant des activités syndicales	79
Figure 4.7	Périodicité préférée de paiement des cotisations pour les personnes qui souhaitent adhérer à un régime d'assurance maladie	36	Figure 8.4	Indépendance des syndicats par rapport au gouvernement	80
Figure 4.8	Niveau des cotisations suggéré par des non-membres par rapport à divers indicateurs de référence	37	Figure 8.5	Intérêt pour l'adhésion individuelle à un syndicat	81
Figure 5.1	Perte de perspectives de travail ou d'un emploi à cause de la Covid-19	46	Figure 8.6	Intérêt pour l'adhésion collective à un syndicat	82
Figure 5.2	Baisse déclarée des revenus des ménages en raison de la pandémie de Covid-19	47	Figure 8.7	Disposition à acquitter une cotisation d'adhésion	84
Figure 5.3	Pauvreté monétaire avant et pendant la pandémie	47			
Figure 5.4	Augmentation de la pauvreté monétaire par région due à la Covid-19	48			
Figure 5.5	Différences entre les nouveaux et les anciens pauvres en termes de revenu	49			

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1	Caractéristiques des pays électionnés	6
Tableau 2.1	Dépenses de santé et disponibilité du personnel médical (plusieurs indicateurs, 2018)	13
Tableau 2.A2	Ménages ayant eu des cas de maladie et ménages sans aucun cas de maladie au cours des 12 derniers mois	19
Tableau 2.A3	Recours aux soins médicaux dans les ménages ayant eu des cas de maladie, selon l'âge du chef de famille	19
	Test du khi carré concernant le recours aux soins médicaux selon la tranche d'âge du chef de famille	20
Tableau 2.A4	Recours aux soins médicaux dans les ménages ayant eu des cas de maladie, selon le niveau d'éducation du chef de famille	20
	Test du khi carré concernant le recours aux soins médicaux selon le niveau d'éducation du chef de famille	20
Tableau 3.1	Sommes laissées à la charge de l'usager en pourcentage des dépenses de santé totales (2018; %) ..	22
Tableau 4.1	Valeurs des cotisations dans les régimes existants et comparaison avec les « montants spontanés » proposés au Bénin.	37
Tableau 4.A2	Composition de la base d'adhérents des régimes d'assurance maladie par sexe (fréquence)	42
Tableau 4.A3	Composition de la base d'adhérents des régimes d'assurance maladie selon le lieu de résidence rural/urbain (fréquence)	42
Tableau 4.A4	Composition de la base d'adhérents des régimes d'assurance maladie (y compris AMS et AMP) par niveau d'éducation (fréquence)	42
Tableau 4.A5	Composition de la base d'adhérents des régimes d'assurance maladie (y compris AMS et AMP) selon revenus du travail au niveau individuel (fréquence)	42
Tableau 4.A6	Volonté de s'affilier selon le sexe (fréquence)	43
Tableau 4.A7	Volonté de s'affilier et d'utiliser les services, par niveau d'éducation (fréquence)	43
Tableau 4.A8	Volonté de s'affilier selon le statut professionnel	43
Tableau 4.A9	Raisons de la réticence à s'affilier à un régime d'assurance maladie selon le statut professionnel (fréquence)	44
Tableau 5.A1	Caractéristiques des nouveaux et des anciens pauvres en termes de revenus en Éthiopie	53
Tableau 5.A2	Caractéristiques des nouveaux et des anciens pauvres en termes de revenus en Côte d'Ivoire	53
Tableau 6.1	Principales priorités établies parmi les personnes employées de manière informelle (moyenne non pondérée pour l'ensemble des pays de l'échantillon)	55
Tableau 6.2	Perceptions des personnes occupant un emploi informel concernant le paiement des impôts et des taxes	58
Tableau 6.3	Perceptions of tax evasion	58
Tableau 6.4	Opinions sur la question de savoir qui devrait payer les impôts et taxes (moyenne non pondérée pour tous les pays de l'échantillon)	59
Tableau 7.1	Âge médian des groupes	70
Tableau 7.2	Indicateur de formalité	71
Tableau 7.3	Typologie des groupes de l'économie informelle	71

À PROPOS DES AUTEURS

Bonnet, Florence: Spécialiste des marchés du travail et de l'économie informelle, Département des conditions de travail et de l'égalité (WORKQUALITY), Organisation internationale du Travail (OIT).

Frosch, Michael: Statisticien principal, Département de la statistique du BIT, Organisation internationale du Travail (OIT).

Houessou, Richard: AfroBaromètre, chef de projet pour les pays francophones.

Leininger, Julia: Responsable de programme, Transformation de l'ordre politique/désordre politique, Institut allemand pour le développement et de la durabilité (IDOS).

Maihack, Henrik: Directeur de la Section Afrique, Friedrich-Ebert-Stiftung (FES).

Öhm, Manfred: Responsable de la Division Finances et Administration, Friedrich-Ebert-Stiftung (FES).

Oyuke, Abel: AfroBaromètre, chef de projet pour l'Afrique de l'Est.

Schiller von, Armin: Chercheur, Transformation de l'ordre politique/désordre politique, Institut allemand pour le développement et de la durabilité (IDOS).

Schwettmann, Jürgen: Consultant, économie informelle et économie sociale et solidaire.

Strupat, Christoph: Chercheur principal, Transformation de l'ordre politique/désordre politique, Institut allemand pour le développement et de la durabilité (IDOS).

Traub-Merz, Rudolf: Consultant. Coordonnateur du projet d'enquête FES-IDOS-OIT « Emploi informel, sécurité sociale et confiance politique en Afrique subsaharienne ».

À PROPOS DE CETTE ÉTUDE

Cette publication est issue du projet « Emploi informel, sécurité sociale et confiance politique en Afrique subsaharienne ». Pour toute autre publication en lien avec ce projet, veuillez consulter le site

<https://www.fes.de/referat-afrika/publikationen>.

IMPRESSION

Publié par :

Friedrich-Ebert-Stiftung e.V.
Godesberger Allee 149
53175 Bonn – Allemagne

Courriel: info@fes.de

Service émetteur: Division de la coopération internationale

Responsable contenu et révision:
Henrik Maihack | Directeur de la Section Afrique
Tél.: +49-30-269-35-7440 | Fax: +49-30-269-35-9217
www.fes.de/en/africa-department

Contact/commande de publications:
Janine.Kaliga@fes.de

Mise en page: Ludger Stallmeister
Conception de la couverture: Werbestudio Zum weissen
Roessl, Susanne Noé

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs et ne reflètent pas forcément celles de la Friedrich-Ebert-Stiftung (ou des institutions auxquelles ils sont affiliés).

L'utilisation commerciale des médias publiés par la Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) est interdite sans autorisation écrite de la FES.

ISBN: 978-3-98628-251-6

© 2022

