

TRAVAIL ET JUSTICE SOCIALE

ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ

Une demande clé de la main-d'œuvre informelle
en Afrique — Résultats d'enquêtes nationales
représentatives en Afrique subsaharienne

Rudolf Traub-Merz et Manfred Öhm
Février 2021



L'obtention de meilleurs soins médicaux est un besoin essentiel des travailleurs du secteur informel en Afrique. Ces derniers estiment que les services de santé sont plus importants que les autres services publics essentiels. Ce constat est valable, à quelques exceptions près, pour tous les groupes de revenus, toutes les zones géographiques, tous les sexes, tous les âges et tous les niveaux d'éducation.



L'accès aux soins de santé est subordonné aux inégalités sociales. Les travailleurs du secteur informel doutent que leurs gouvernements leur assurent de meilleurs services de santé. Ils manifestent néanmoins un grand intérêt pour les régimes d'assurance maladie et sont prêts à payer une prime.



Le rapport présente les conclusions d'enquêtes représentatives à l'échelle nationale menées conjointement par la FES (agent principal), l'OIT et le DIE-GDI. Les sondages couvrent le Kenya, le Bénin, le Sénégal, la Zambie et la Côte d'Ivoire.

Table des matières

| | | |
|----------|---|----|
| | RÉSUMÉ | 2 |
| 1 | INTRODUCTION | 6 |
| | RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE | |
| 2 | DEMANDES D'AMÉLIORATION DES SERVICES PUBLICS | 10 |
| | 2.1 Demandes d'amélioration des services publics : première priorité..... | 10 |
| | 2.2 Demandes d'amélioration des services publics : deuxième priorité | 10 |
| | 2.3 Vote prioritaire par zone de résidence (urbaine ou rurale) | 12 |
| | 2.4 Priorités par âge | 12 |
| | 2.5 Priorités par sexe | 17 |
| | 2.6 Priorités par revenu..... | 17 |
| | 2.7 Discussion..... | 17 |
| 3 | LE RECOURS AUX SOINS MÉDICAUX, UNE QUESTION D'INÉGALITÉ ? | 19 |
| | 3.1 Recours aux soins médicaux : inégalités selon le pays..... | 19 |
| | 3.2 Recours aux soins médicaux : inégalités selon la zone de résidence (urbaine ou rurale)..... | 21 |
| | 3.3 Recours aux soins médicaux : inégalités selon le sexe..... | 22 |
| | 3.4 Recours aux soins médicaux : inégalités selon le revenu | 22 |
| | 3.5 Discussion | 24 |
| 4 | PAIEMENT DES SOINS MÉDICAUX | 26 |
| | 4.1 Sources de financement des soins médicaux | 26 |
| | 4.2 Sources de financement des soins médicaux selon la zone de résidence (urbaine ou rurale)..... | 28 |
| | 4.3 Sources de financement des soins médicaux selon le sexe | 29 |
| | 4.4 Sources de financement des soins médicaux selon le revenu..... | 30 |
| | 4.5 Discussion | 31 |
| 5 | LES GOUVERNEMENTS ONT-ILS LA VOLONTÉ ET LA CAPACITÉ DE FOURNIR DE MEILLEURS SERVICES PUBLICS ? ... | 33 |
| | 5.1 Remarques liminaires | 33 |
| | 5.2 De la volonté et de la capacité de l'exécutif de l'état..... | 34 |
| 6 | LES TRAVAILLEURS DU SECTEUR INFORMEL SONT-ILS PRÊTS À SOUSCRIRE À UN RÉGIME D'ASSURANCE ET PAYER UNE PRIME ? | 36 |
| | 6.1 Adhésion à des régimes d'assurance maladie | 36 |
| | 6.2 Volonté de souscrire à un régime d'assurance maladie | 37 |
| | 6.3 Disponibilité à payer une prime d'assurance maladie..... | 38 |
| 7 | CONCLUSION | 42 |
| | Annexe I : Établir un classement des services publics..... | 46 |
| | Annexe II : Notes techniques | 47 |
| | Annexe III : Calculs statistiques | 51 |
| | Liste des figures | 55 |
| | Liste des tableaux | 56 |

RÉSUMÉ

La protection de la santé est un des piliers de la protection sociale. L'accès à la santé constitue un besoin humain et, comme le démontre ce rapport, une forte demande sociale. Les citoyens attendent des gouvernements qu'ils améliorent l'accès aux systèmes de soins de santé.

La Fondation Friedrich Ebert (FES, agent principal), en collaboration avec l'Organisation internationale du travail (OIT) et l'Institut allemand de développement (DIE), a réalisé des sondages d'opinion représentatifs au niveau national au Kenya (octobre 2018), au Bénin (décembre 2018), au Sénégal (mai 2019), en Zambie (août 2019) et en Côte d'Ivoire (mai 2020) afin de renforcer nos connaissances sur les stratégies des travailleurs du secteur informel¹ pour pallier les insuffisances des prestations en matière de sécurité sociale. Le secteur informel représente 80 à 90 pour cent du marché du travail dans les pays étudiés et ne bénéficie pas de la sécurité sociale obligatoire prévue pour les acteurs du secteur formel. Les résultats de l'enquête sont donc pertinents pour les décideurs politiques qui souhaitent concevoir des politiques sociales en faveur des personnes jusqu'ici laissées pour compte.

L'enquête se réfère aux cibles 1.3 et, en particulier, 3.8 des objectifs de développement durable (ODD). La cible 1.3 prône « [la mise] en place des systèmes et mesures de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national », tandis que la cible 3.8 appelle à une couverture sanitaire universelle (CSU), « comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable ». Les gouvernements de tous les pays couverts par l'enquête se sont engagés à mettre en œuvre le programme des ODD, et la couverture sanitaire universelle ressort comme l'instrument clé de mesure des avancées sociales dans la réforme des services de santé. L'accès à la santé pour tous est également un élément clé de la mise en œuvre des socles de protection sociale, préconisée par l'Organisation internationale du travail (recommandation 202, 2012), et est au cœur de la Stratégie africaine pour la santé 2016–2030 de l'Union africaine.

La présente publication se focalise sur le degré d'importance que les travailleurs du secteur informel accordent à l'accès à

des services de santé décents par rapport aux autres services publics essentiels, ainsi que sur les perceptions de l'accessibilité et de la disponibilité des soins médicaux. Elle évalue le risque financier qui résulte de la maladie d'une personne en examinant les ressources financières que les patients peuvent utiliser pour couvrir le coût du traitement médical. Elle évalue ensuite les espoirs investis par les travailleurs du secteur informel dans la détermination de leurs gouvernements à améliorer les services et donne un aperçu de la mesure dans laquelle les régimes politiques sont considérés comme légitimes. En outre, elle évalue l'intérêt des travailleurs du secteur informel à améliorer leur situation financière lorsque des problèmes de santé surviennent, en s'enquérant de leur volonté d'adhérer à un régime d'assurance maladie et de leur disposition à payer une prime².

Les conclusions principales sont les suivantes :

(I) AMÉLIORER LES SERVICES DE SANTÉ EST UNE DEMANDE NATIONALE

Les soins de santé arrivent en tête du classement des demandes de services publics, suivis de près par « de meilleures écoles et l'éducation ». L'appel à de « meilleurs services de santé » demeure au premier rang des revendications, indépendamment de la zone de résidence (urbaine ou rurale), des groupes de revenus, ou des variables démographiques. Dans les cinq pays étudiés, 47 à 71 pour cent des participants considèrent l'amélioration des services de santé comme leur premier ou deuxième besoin le plus important. L'appel à une meilleure santé transcende les clivages sociaux et spatiaux et peut donc être qualifié de priorité nationale.

(II) LE RECOURS AUX SOINS MÉDICAUX EST STRATIFIÉ PAR PAYS, REVENU ET ZONE DE RÉSIDENCE

Le recours aux soins médicaux dans les pays étudiés est sujet à de grands écarts. Au Sénégal et au Bénin, environ 30

¹ Les « travailleurs du secteur informel » sont décrits à l'Annexe II.

² D'autres volets des entretiens, tels que l'évaluation de la qualité des services médicaux, les opinions sur les impôts, le contact social, l'appartenance à des groupes et les opinions sur les syndicats, seront publiés dans des rapports distincts.

pour cent des participants ne cherchent guère à se faire soigner lorsqu'elles tombent malades, tandis qu'en Zambie et au Kenya, la proportion de ce groupe est d'environ 10 pour cent. La Côte d'Ivoire se situe dans la moyenne, mais 24 pour cent d'entre eux doivent encore se passer de traitement en cas de problème de santé.

Au Sénégal, au Bénin et en Côte d'Ivoire, le fossé entre les zones urbaines et rurales et les disparités de revenus se conjuguent pour générer d'énormes écarts dans le recours aux soins médicaux. Au Kenya et en Zambie, le recours aux soins médicaux par les résidents urbains et ruraux est assez uniforme et les disparités sont principalement liées aux niveaux de revenus. Cependant, le sexe n'est pas une dimension statistiquement pertinente du recours aux soins médicaux.

(III) LE PAIEMENT DES FRAIS MÉDICAUX DIFFÈRE D'UN PAYS À L'AUTRE — LES INDICATEURS CLÉS SONT LA GRATUITÉ DES SERVICES ET LE RECOURS À L'ENDETTEMENT POUR RÉGLER LES FRAIS

La disponibilité de services de santé gratuits et l'adhésion à des régimes d'assurance maladie sont des facteurs décisifs pour déterminer dans quelle mesure la maladie et les traitements médicaux deviennent un risque financier pour les ménages. Dans les pays où les soins de santé primaires sont gratuits, comme en Zambie, peu de gens sont contraints de vendre des biens ou de contracter un prêt pour financer un traitement médical. Dans les pays où il n'existe pas de programmes publics de soins médicaux gratuits à grande échelle, s'endetter ou vendre ses biens devient une dure réalité pour nombre de personnes. L'adhésion à une caisse d'assurance maladie produit un effet inverse : elle permet de bénéficier d'un traitement médical avec un moindre risque d'endettement.

(IV) LA PAUVRETÉ EST UN FACTEUR DÉCISIF DU RECOURS AUX SERVICES MÉDICAUX

En établissant un lien entre le recours aux soins médicaux et les revenus des patients, il en ressort un résultat important : plus les revenus sont faibles, plus les risques de contracter des dettes sont élevés. Le revenu est un facteur déterminant de l'accès aux soins médicaux et la pauvreté empêche les personnes de se soigner.

(V) L'ASSURANCE MALADIE ET LA GRATUITÉ DES SERVICES CONTRIBUENT À DISSOCIER LE RECOURS AUX SERVICES MÉDICAUX DE LA PAUVRETÉ

La gratuité des services de santé et la couverture par l'assurance maladie favorisent le recours aux services médicaux. Ces deux facteurs contribuent grandement à dissocier le

recours aux soins médicaux de la pauvreté. Nos données illustrent cette corrélation de manière suffisante pour le Kenya et la Zambie, mais ne fournissent pas de preuves statistiques solides pour le Bénin, le Sénégal et la Côte d'Ivoire en raison du faible développement de ces outils financiers dans ces pays.

(VI) UNE FAIBLE CONFIANCE ENVERS LA CAPACITÉ DU GOUVERNEMENT À FOURNIR DE MEILLEURS SERVICES PUBLICS

Si l'insatisfaction est générale quant à l'organisation du recours aux services médicaux, les espoirs de voir les différents gouvernements améliorer la situation et fournir davantage de services à l'avenir sont faibles. Bien que la majorité des participants au sondage aient confiance dans les aptitudes des institutions de l'État à améliorer les services, beaucoup doutent de la volonté des dirigeants politiques d'agir au nom de la population et de mettre en marche la machinerie administrative de l'État. La légitimité du régime au pouvoir est remise en question si la moitié ou plus de la population considère que ses dirigeants politiques ne sont pas disposés à améliorer les services.

(VII) DEMANDE DE COUVERTURE MALADIE ET DISPONIBILITÉ À PAYER UNE PRIME

Une faible confiance dans les performances du gouvernement oblige les gens à entreprendre leur propre « investissement social » pour faire face aux impératifs de la vie. Cela ne s'est pas encore fortement concrétisé par l'adhésion à des régimes de protection de la santé. À l'exception du Kenya, où le taux d'adhésion est de 22 pour cent, les autres pays de l'enquête affichent une couverture dérisoire. Une nette majorité de participants dans tous les pays a cependant déclaré être intéressée par l'adhésion à un régime d'assurance. Presque tous les participants sont conscients du coût de l'adhésion et sont prêts à payer une prime à intervalles réguliers.

En appliquant plusieurs critères, réalistes, de comparaison des montants que les participants sont prêts à payer comme primes par rapport à divers seuils, tels que les frais actuels des régimes existants, nous sommes parvenus à identifier trois groupes : (i) ceux qui sont prêts à payer une prime supérieure à ce que les régimes existants facturent ; (ii) ceux qui sont prêts à contribuer de manière significative par rapport aux niveaux de frais existants ; et (iii) ceux qui sont prêts à payer un montant nettement inférieur au frais de base des régimes existants.

Il est difficile d'évaluer l'adéquation des affirmations des participants concernant le paiement éventuel de primes. En tout état de cause, les enquêtes confirment qu'une majorité de personnes ont une attitude positive à l'égard de l'adhésion à un régime de santé et sont conscientes que l'adhésion occasionne le paiement d'une prime.

RECOMMANDATIONS : PERTINENCE POUR L'ÉLABORATION DE POLITIQUES PUBLIQUES

Notre sondage d'opinion reflète les perspectives des gens sur certains aspects de leur réalité sociale, mais ne fournit pas de réponses sur la manière de faire évoluer la situation sociale. Les décideurs politiques doivent évaluer l'appel à de meilleurs services de santé dans un cadre plus large de réalités sociales et doivent peser les différentes approches en fonction de leur aptitude à fournir une solution durable. Nos observations sont néanmoins très pertinentes pour les décideurs des services publics, des gouvernements et des organisations internationales. Elles fournissent également des indications sur la direction à prendre et la pertinence des politiques sociales relatives aux services de santé publique.

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ

- *Fournir un accès aux services médicaux de base en dehors des relations d'emploi* : Dans le secteur formel, l'accès à la sécurité sociale est lié à l'emploi et les coûts sont répartis entre l'employeur et l'employé. Les tentatives visant à implémenter un système similaire dans l'économie informelle ont été infructueuses, et les gouvernements, les employeurs et les syndicats sont bien avisés d'accepter que l'accès à la sécurité sociale ne puisse être lié aux relations d'emploi en dehors de l'économie formelle. L'accès à la santé est un droit de l'homme, et pas seulement un privilège pour ceux qui bénéficient d'un emploi formel. Il doit donc être rattaché à l'individu, qu'il soit salarié ou non. Les gouvernements doivent renoncer à l'idée que la sécurité sociale repose par défaut sur un contrat de travail.
- *La couverture universelle doit être financée par les recettes fiscales* : L'introduction d'une assurance maladie universelle ou la fourniture de soins de santé primaires gratuits sont des mesures essentielles pour élargir l'accès aux soins médicaux pour tous. Quelle que soit la voie empruntée, elle entraîne un fardeau sur les fonds publics. Une grande partie de la population est pauvre ou extrêmement pauvre et n'a pas les moyens de participer aux frais médicaux. La couverture universelle implique que les groupes ne disposant pas de revenus suffisants bénéficient d'un accès gratuit ou subventionné aux services de santé, que ce soit sous la forme d'une couverture d'assurance maladie non contributive ou d'une politique sans ticket modérateur.
- *Formes hybrides de financement des services de santé* : Des groupes importants de la société ne sont ni pauvres, ni riches, ni aisés ; nous les désignerons sous le terme de « non-pauvres ». Notre sondage confirme leur intérêt pour les régimes de protection sociale et leur volonté de contribuer au paiement de primes. L'accès aux services de santé peut donc être basé sur trois catégories : traitement médical gratuit pour les pauvres ; régimes contributifs pour les non-pauvres, avec ou sans éléments de subventions ; et maintien des régimes de contribution

partagée dans l'économie formelle avec accès à des services de santé de meilleure qualité. Ainsi, l'universalité de l'accès concerne les services de santé de base, tandis que l'accès aux services médicaux de niveau supérieur est réservé à ceux qui en ont les moyens. L'élargissement des services médicaux inclus dans un ensemble de soins de santé primaires et la réduction de l'écart entre les services primaires et les services de niveau supérieur doivent être les lignes directrices des futures politiques de santé³.

INVESTIR DANS LES SOINS DE SANTÉ AFIN DE RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES

Le recours aux soins médicaux est fortement lié à l'inégalité des revenus, même au sein du secteur informel. Les gouvernements ont la possibilité de modifier les modes de distribution des revenus, mais les instruments clés, tels que l'augmentation du salaire minimum (SM) ou l'ajustement des impôts, ne profitent guère aux travailleurs informels. Investir dans un accès plus large aux soins de santé est une approche alternative pour réduire les inégalités sociales. Lorsque les populations ont un meilleur accès aux services de santé, elles sont moins contraintes de vendre leurs moyens de production ou de s'endetter lorsqu'elles doivent payer un traitement médical. Les retombées négatives des dépenses de santé menacent le potentiel d'investissement des petites entreprises, affaiblissent la capacité mentale ou physique des personnes à travailler, ou obligent les familles à choisir entre les frais de scolarité et les frais médicaux. La garantie d'un accès fiable aux services de santé permet de surmonter l'un des facteurs qui maintiennent les gens dans la pauvreté.

INVESTIR DANS LES SOINS DE SANTÉ AMENUISE LE DÉFICIT DE LÉGITIMITÉ DES GOUVERNEMENTS

Le vaste nombre de personnes qui considèrent les services de santé comme une préoccupation majeure et qui ne croient pas que l'exécutif agira en leur nom ou encore qu'il améliorera la prestation des services devrait être une préoccupation majeure pour les gouvernements qui sont soucieux de leur légitimité auprès de la population. En raison de ses effets très dispersés, l'accent mis sur les dispositions relatives à l'accès universel à des services de santé améliorés peut facilement devenir une stratégie majeure pour améliorer l'image des décideurs politiques⁴.

³ La préférence pour des systèmes hybrides, incluant des aspects supplémentaires de la gestion des régimes d'assurance maladie, est défendue dans Jürgen Schwettmann, *Extending health coverage to the informal economy*, Note d'information FES, septembre 2017.

⁴ Ce rapport s'intéresse principalement au *recours* aux services de santé sans tenir compte, à quelques exceptions près, de l'offre. Il est évident qu'une couverture sanitaire universelle n'est pas réalisable sans investissements substantiels dans les dispositions relatives aux services médicaux, y compris en matière de personnel. Une visite gratuite dans un établissement de santé est sans intérêt s'il n'y a pas de personnel médical pour s'occuper des patients.

ACCORDER LA PRIORITÉ À LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE DANS LES PROGRAMMES POLITIQUES NATIONAUX ET INTERNATIONAUX

La protection sociale et la couverture sanitaire universelle sont déjà des éléments contraignants des cadres politiques internationaux. L'ODD 3.8, la recommandation n°202 de l'OIT ainsi que la Stratégie africaine de la santé de l'Union africaine mettent l'accent sur la fourniture d'une couverture sanitaire. Les conclusions de la présente étude confirment que la couverture sanitaire universelle est à inscrire en priorité dans les programmes politiques nationaux et internationaux. Les initiatives politiques nationales ou internationales et les accords de coopération internationale conclus avec le continent africain se doivent de toujours privilégier le développement inclusif et durable et de faire de la couverture sanitaire universelle une priorité absolue, notamment en ce qui concerne les personnes travaillant dans le secteur informel.

Nous concluons notre étude par la déclaration suivante :

« La mise en place d'un socle *minimal* de protection sociale est une condition préalable essentielle pour permettre aux personnes de sortir de la pauvreté, pour créer une cohésion sociale, pour développer une main-d'œuvre productive et employable et, par voie de conséquence, pour créer la base nécessaire à la croissance économique et à l'amélioration des niveaux de vie pour tous. Il s'agit d'une étape importante vers la réalisation du droit humain à la sécurité sociale et à l'édification de l'État⁵. »

⁵ Jürgen Schwettmann, Extending health coverage to the informal economy, Note d'information FES, septembre 2017.

1

INTRODUCTION⁶

La protection de la santé est un des piliers de la protection sociale. L'accès à la santé constitue non seulement un besoin humain mais aussi, comme le démontre ce rapport, une forte demande sociale. Les citoyens attendent des gouvernements qu'ils améliorent l'accès aux systèmes de soins de santé.

Pendant de nombreuses années, les discours sur le développement et les initiatives politiques nationales et internationales, telles que le Pacte avec l'Afrique du G20, étaient axés sur l'économie et mettaient l'accent sur la croissance économique, les investissements directs étrangers et la création d'emplois. Les politiques sociales étaient reléguées au second plan, la croissance économique étant un préalable nécessaire pour remplir les caisses fiscales de l'État avant que les gouvernements puissent mettre en œuvre des programmes sociaux. Une refonte des priorités est en cours et, dans les accords multilatéraux tels que l'Agenda 2030 de l'ONU, les politiques sociales occupent une place de plus en plus importante. Les initiatives continentales, telles que l'Agenda 2063 de l'Union africaine, ainsi que les initiatives au niveau des communautés économiques régionales, avancent des idées de développement social inclusif plus centrées sur les personnes, qui incluent des normes de sécurité sociale⁷.

Aujourd'hui, le caractère abordable des soins de santé figure parmi les priorités des débats sur le développement social. Il y a quelques années, une impulsion majeure a émané de la Recommandation (n°202) sur les socles de protection sociale de l'OIT (parue en 2012) qui fournit « des orientations aux États membres pour la mise en place de systèmes de sécurité sociale complets ». Au lieu d'opter pour des « régimes complexes », qui restent inabornables dans un avenir proche dans de nombreux pays, l'OIT préconise « l'établissement de socles nationaux de protection sociale accessibles à tous ceux qui en ont besoin ». L'Organisation plaide en faveur d'un socle social de base pour tous, qui, outre les allocations familiales destinées à maintenir les

enfants à l'école et une modeste aide sociale pour la population active, comprend « l'accès aux soins de santé essentiels » et « des pensions universelles pour les personnes âgées et les personnes handicapées » (voir <https://www.social-protection.org/gimi/ShowMainPage.action>).

L'accès à la santé et les socles de protection sociale sont conformes à l'Agenda 2030 que les Nations Unies ont adopté en 2015 comme programme comportant des objectifs de développement durable (ODD). La cible 1.3 des ODD appelle à la mise en place de systèmes de protection sociale pour tous et exige la mise en œuvre de « systèmes et mesures de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des socles de protection sociale », tandis que l'ODD 3.8 concerne la réalisation de la couverture sanitaire universelle, « comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable »⁸.

La couverture sanitaire universelle (CSU) est aujourd'hui la référence en matière de mesure du progrès social dans la réforme des services de santé. « Par couverture sanitaire universelle, on entend une situation dans laquelle toutes les personnes et toutes les communautés bénéficient des services de santé dont elles ont besoin sans se heurter à des difficultés financières. Elle englobe la gamme complète des services de santé essentiels de qualité, qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la prévention, des traitements, de la réadaptation et des soins palliatifs. La CSU permet à tout un chacun d'avoir accès aux services s'occupant des causes les plus importantes de morbidité et de mortalité et elle garantit que la qualité de ces services soit suffisamment bonne pour améliorer la santé des personnes qui en bénéficient⁹. »

Les sociétés disposent de diverses manières d'organiser l'accès à la sécurité sociale. Dans les économies de marché, les marchés du travail et les régimes de sécurité sociale sont des systèmes imbriqués. Les cotisations de sécurité sociale

⁶ Les auteurs souhaitent exprimer leur gratitude à Florence Bonnet et Christoph Strupat, tous deux membres de l'équipe du projet d'enquête, ainsi qu'à Reinhard Bahn Müller et Volker Winterfeld, qui ont contribué par leurs commentaires pertinents aux premières moutures de ce rapport.

⁷ Premier Plan décennal de mise en œuvre de l'Agenda 2063 (2014-2023). Disponible sur : <https://au.int/fr/agenda2063/ftyip>

⁸ Voir <https://sdgs.un.org/goals>.

⁹ OMS, Couverture sanitaire universelle, Note d'information, 9 avril 2019, disponible à l'adresse : www.who.int/publications/i/item/universal-health-coverage (consulté le 15/12/2020).

sont liées aux relations de travail et soumises à une formule qui permet de répartir le paiement des primes entre les employeurs et les employés. Pour les employés, alors que les relations d'emploi formelles incluent la couverture de la sécurité sociale, l'emploi informel devient généralement synonyme de nonaccès aux régimes de sécurité sociale formels. La relation employeur-employé ne représente pas la norme dans la plupart des pays en développement et la grande majorité des personnes ayant un emploi sont soit des travailleurs indépendants, soit des travailleurs familiaux qui cotisent. Ils sont confrontés à un défaut de couverture juridique en raison de l'absence de reconnaissance légale de leurs activités ou de la non-application des responsabilités.

L'État et les institutions publiques sont appelés à élargir le concept en ajoutant des programmes de sécurité financés par les impôts pour les groupes non couverts par les régimes contributifs. Des programmes pilotes de sécurité sociale financés par les impôts ont été lancés dans de nombreux pays pour cibler les groupes de personnes les plus pauvres, ou du moins celles qui ne sont pas en mesure de travailler. La majorité des travailleurs du secteur informel ne sont donc pas couverts. Lorsque les personnes sont exclues des relations d'emploi formelles et n'ont pas accès aux régimes financés par les impôts, elles se tournent vers les organisations d'entraide ou vers leurs familles pour obtenir une aide sociale. Dans les pays non industrialisés, la réciprocité et la solidarité à l'échelle de la communauté ou du ménage constituent le seul dispositif de sécurité sociale pour la majeure partie de la population¹⁰.

Ces dernières années, de nombreux gouvernements de pays africains ont pris de forts engagements politiques pour parvenir à une couverture sanitaire universelle (CSU) à l'échelle nationale dans les années à venir. L'approche politique est également soutenue par la Stratégie africaine de santé 2016-2030, qui a été conçue par l'Union africaine comme un cadre stratégique permettant aux États membres de s'engager dans tous les aspects de la fourniture de soins de santé. Dans ce contexte, la couverture sanitaire universelle peut donc constituer l'élément unificateur du développement des systèmes de santé des pays africains. Cela inclut le Bénin, le Sénégal, la Côte d'Ivoire, le Kenya et la Zambie, les cinq pays inclus dans ce rapport sur l'accès aux soins de santé. Ces pays se sont engagés à atteindre les objectifs de la couverture sanitaire universelle et à mettre en œuvre diverses réformes pour garantir la réalisation de ce programme. Au Bénin, le programme de CSU est mis en œuvre dans le cadre du programme Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH), au Sénégal et en Côte d'Ivoire, il est connu sous le nom de Couverture Maladie Universelle (CMU), au Kenya sous le nom d'Afya Care Card, tandis qu'en Zambie, il n'a pas de nom spécifique et est constitué d'un ensemble de services de santé primaire fournis gratuitement à tous.

Ces programmes sont à différentes étapes de mise en œuvre. Certains sont encore en phase pilote, tandis que d'autres sont déjà mis en œuvre à l'échelle nationale. Toutes les politiques de CSU visent à réduire les paiements directs (PD) pour des services de santé et tentent de combiner dans diverses dispositions la gratuité pour certains types de soins et l'accès aux services de santé en fonction de la couverture d'assurance. Avec les subventions du gouvernement central, elles dépendent d'une distinction adéquate entre ceux qui ont droit aux subventions et ceux qui n'y ont pas droit. L'offre est confrontée à de nombreux défis, notamment des déficits en termes de personnel, de fournitures médicales et d'équipements techniques, ainsi qu'une gestion inadaptée de la mutualisation des risques.

La mise en œuvre d'une couverture sanitaire universelle est une tâche colossale. Certains pays d'Amérique latine et d'Asie ont fait de grands progrès dans la démocratisation de leurs systèmes de santé. De nombreux pays d'Afrique sont également sur la bonne voie et il est fort probable que la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle devienne la politique sociale primordiale de la prochaine décennie. Les décideurs politiques devraient en effet donner la priorité à l'accès pour tous aux services de santé.

Ce document vise à appuyer la couverture sanitaire universelle en tant que réforme majeure de la sécurité sociale. Il examine comment les travailleurs du secteur informel¹¹ perçoivent l'importance des services de santé pour leur propre bien-être et comment ils évaluent leur accès aux soins médicaux. L'étude s'intéresse aux points de vue des consommateurs et des patients sans avancer une évaluation des différentes composantes du secteur de la santé. Elle ne prétend donc pas porter un jugement sur l'avancement de la mise en œuvre des réformes. Toutefois, en comparant les points de vue entre les pays, il est possible de tirer des conclusions sur les niveaux de critique et de satisfaction des participants à l'égard des systèmes de santé actuels.

Le rapport présente des données et des explications basées sur des enquêtes empiriques menées dans cinq pays africains : le Bénin (décembre 2018), le Kenya (octobre 2018), le Sénégal (mai 2019), la Zambie (août 2019) et la Côte d'Ivoire (mai 2020). L'étude a été réalisée en collaboration entre la Fondation Friedrich Ebert (FES, l'agent principal), l'Organisation internationale du travail (OIT) et l'Institut allemand pour le développement (DIE). L'étude se focalise sur les travailleurs du secteur informel, qui occupent la majeure partie des emplois dans les cinq pays étudiés. Les sondages ont été menés auprès d'un échantillon représentatif de l'ensemble du pays et en utilisant le même protocole de recherche, ce qui permet une comparaison transfrontalière des résultats¹².

¹⁰ Sur l'état des lieux de la couverture sociale, voir le Rapport mondial sur la protection sociale 2017-19 de l'OIT. Annexes statistiques.

¹¹ L'emploi dans le secteur informel s'organise autour de quatre groupes d'emploi : les employeurs, les employés, les travailleurs indépendants et les travailleurs « de soutien familial ». Pour une définition opérationnelle, voir l'annexe II. Pour un aperçu statistique de l'emploi informel à l'échelle mondiale, voir Femmes et hommes dans l'économie informelle: Un panorama statistique, OIT, 2018.

¹² Voir l'annexe II pour les notes techniques sur les méthodologies de recherche et pour une définition de l'emploi informel.

Il est néanmoins évident que l'interprétation des données doit toujours se faire à la lumière des différences entre les différents systèmes nationaux de santé publique, des facteurs culturels et des trajectoires politiques et économiques locales, car ces éléments peuvent influencer les réponses des participants. La comparaison entre pays permet néanmoins d'identifier les facteurs qui favorisent ou entravent des tendances de développement spécifiques.

Les données recueillies démontrent l'importance de l'accès aux soins de santé pour les citoyens de tous les pays, à travers les groupes de revenus et indépendamment des conditions de vie. Cela paraît d'autant moins surprenant dans le contexte actuel de la pandémie de COVID-19. Les enquêtes ont été menées en 2018 et 2019, avant l'apparition de la pandémie, et révélaient déjà une forte demande d'accès aux soins de santé, qui a sans doute augmenté entre-temps.

Les entretiens ont couvert un certain nombre de thèmes étroitement liés à l'exposition des personnes aux risques sanitaires et à la prise en charge des traitements médicaux¹³. La section 2 présente un système de classement pour déterminer la demande de meilleurs services de santé à partir d'une liste de responsabilités de l'État ; la section 3 aborde les perceptions de la disponibilité des traitements médicaux en termes de fréquence d'utilisation ; et la section 4 examine les risques de financement et les moyens que les gens mobilisent pour payer les soins de santé. La section 5 traite de la confiance dans les gouvernements et autres institutions et évalue la confiance des gens dans la capacité des institutions et organisations publiques à répondre à leurs besoins (de santé) déclarés. La section 6 clôt l'aperçu empirique en examinant l'adhésion à l'assurance maladie, le nombre de personnes qui ne sont pas couvertes, les raisons de ne pas s'affilier et la volonté et la capacité de ceux qui veulent s'affilier de contribuer financièrement à un régime de santé. Le « réalisme » de la volonté des gens de payer des frais réguliers est argumenté en termes de coût des régimes disponibles. La section 7 conclut avec un résumé des résultats et des recommandations pour les ajustements de la politique sociale.

13 Le sondage a couvert d'autres thèmes, tels que l'auto-organisation et les opinions sur les syndicats, dont les résultats sont publiés dans d'autres rapports sur le projet d'enquête.

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

2

DEMANDES D'AMÉLIORATION DES SERVICES PUBLICS

Afin d'établir un classement des attentes des citoyens en matière d'amélioration des services publics, nous avons sélectionné huit services que nous considérons comme des « obligations clés » de l'État envers la société. Les participants devaient choisir parmi les services suivants : l'éducation, la santé, l'approvisionnement en eau, les routes et les ponts, l'approvisionnement en électricité, les pensions, l'approvisionnement en nourriture en temps de crise et les services des forces de police¹⁴. Ils ont d'abord été invités à évaluer si le gouvernement devait améliorer le service en question, pour chacun des cas. Par la suite, il leur a été demandé de classer les services en première, deuxième ou troisième priorité.

2.1 DEMANDES D'AMÉLIORATION DES SERVICES PUBLICS : PREMIÈRE PRIORITÉ

La figure 1 présente un aperçu des réponses des participants concernant leur plus haute priorité¹⁵.

Les données recueillies révèlent des similitudes et des différences entre les pays et indiquent clairement que « l'amélioration des services de santé » et « l'amélioration des écoles et de l'éducation » sont des priorités absolues pour les travailleurs du secteur informel.

- Dans les cinq pays, « une meilleure santé » est classée première ou deuxième : au Bénin, au Sénégal et en Côte d'Ivoire, « une meilleure santé » remporte largement la palme, tandis qu'au Kenya et en Zambie, elle est reléguée à la deuxième place de justesse. En moyenne, 33,9 pour cent des participants des cinq pays ont choisi « de meilleurs services de santé » et en ont fait leur premier choix.
- Une importance similaire a été accordée à « de meilleures écoles et une meilleure éducation ». Au Kenya et

en Zambie, elle devance les soins de santé et arrive en tête, au Sénégal et en Côte d'Ivoire, elle est classée deuxième, et ce n'est qu'au Bénin qu'elle est « rétrogradée » à la troisième place.

- Le bas du classement est également incontestable. Dans tous les pays, « de meilleurs services de police » et « de meilleures pensions de retraite » se retrouvent au bas de la hiérarchie de la demande.
- Les cinq pays produisent un groupe intermédiaire constitué de diverses composantes infrastructurelles : « meilleure approvisionnement en eau », « meilleurs programmes alimentaires en temps de crise », « meilleures routes et ponts » et « meilleur approvisionnement en électricité ». Si ces services sont classés différemment selon les pays, aucun d'entre eux n'est classé premier ou dernier.

Les écarts importants entre les trois groupes ne doivent pas être négligés. Ensemble, les deux premiers (santé et éducation) rassemblent toujours au moins 52 pour cent des votes, allant jusqu'à 78 pour cent, tandis que les deux derniers (services de police et pensions) ne dépassent jamais 7 pour cent. Les pays ont des priorités similaires en ce qui concerne les besoins immédiats et les services publics qui peuvent attendre si le gouvernement ne dispose pas des ressources nécessaires pour satisfaire à tous les besoins en même temps. Cependant, les grandes disparités entre les pays apparaissent lorsque l'on examine le positionnement des différents services d'infrastructure¹⁶.

2.2 DEMANDES D'AMÉLIORATION DES SERVICES PUBLICS : DEUXIÈME PRIORITÉ

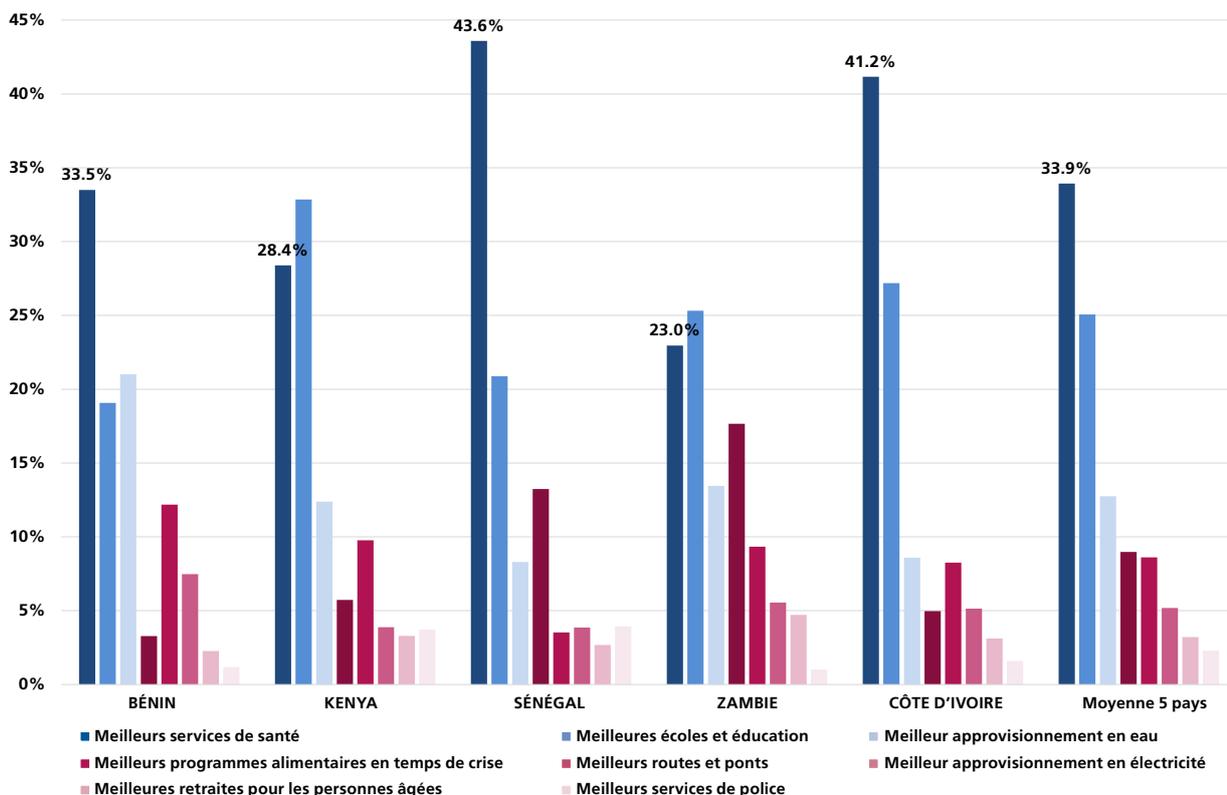
Un examen de la deuxième priorité offre la possibilité de vérifier le classement du premier vote. La figure 2 montre que le premier choix se reproduit dans le second. « Une meilleure

¹⁴ Voir l'annexe I pour le raisonnement qui nous a conduits à sélectionner ces huit services.

¹⁵ En présentant les résultats, nous avons utilisé la moyenne non pondérée des cinq pays et avons positionné les services individuels en fonction de leur part, les plus élevés étant à gauche et les plus bas à droite. Cette présentation des données permet de mettre en évidence les similitudes entre les pays, ainsi que les différences ou particularités nationales.

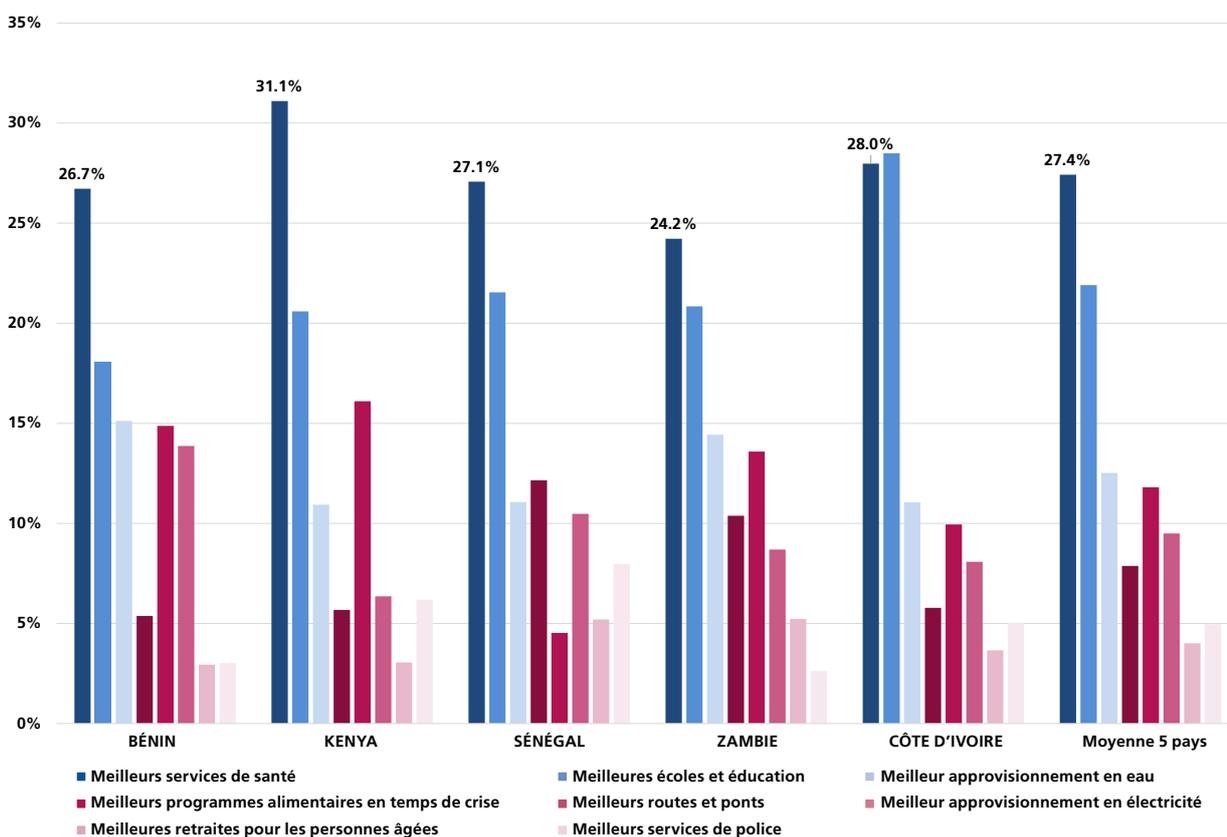
¹⁶ Ces résultats sont confirmés par le test du Khi², qui révèle des différences considérables dans les votes entre les pays. Toutefois, les variations sont, au mieux, faibles ou d'importance moyenne (voir les calculs statistiques à l'annexe III) ; au-delà des différences notables, il existe de nombreuses similitudes dans les tendances de vote des quatre pays.

Figure 1
Cinq pays — Demandes d'amélioration des services publics : première priorité



Note : Voir l'annexe III pour les calculs statistiques.

Figure 2
Cinq pays — Demandes d'amélioration des services publics : deuxième priorité



Note : Voir l'annexe III pour les calculs statistiques.

santé » reste en tête dans tous les pays, suivie de près par de « meilleures écoles ». Au bas de la liste figurent à nouveau une « meilleure police » et de « meilleures pensions », à l'exception du Sénégal où la police arrive devant de « meilleurs routes et ponts ». Le groupe intermédiaire est à nouveau constitué principalement de composants infrastructurels.

La grande concordance entre le premier et le deuxième choix implique qu'un grand nombre de ceux qui ont voté pour une « meilleure santé » comme premier choix au premier tour, ont choisi une « meilleure école » comme premier choix au deuxième tour, et vice versa. Cette tendance de vote souligne à nouveau la place de premier plan qu'occupent la santé et l'éducation dans les demandes de services publics¹⁷.

2.3 VOTE PRIORITAIRE PAR ZONE DE RÉSIDENCE (URBAINE OU RURALE)

Les priorités dans les demandes de services particuliers reflètent un mélange de besoins et de lacunes. Lorsqu'un service est important pour une personne et que sa disponibilité n'est pas satisfaisante, la demande pour ce service augmente. L'offre de services publics varie entre les zones rurales et urbaines. Les villes à forte densité sont généralement dotées d'infrastructures physiques avant que les zones éloignées ne soient desservies. De manière générale, l'accès aux biens publics tels que les routes, l'eau et l'électricité s'améliore à mesure que la densité de population augmente. Il en va de même pour l'accès aux établissements de santé. D'autre part, si la consommation de biens ou de services n'est pas gratuite, les groupes à faibles revenus risquent de ne pas y avoir accès, même s'ils vivent à proximité de l'approvisionnement.

La figure 3 illustre les profils de priorité en corrélation avec le milieu urbain ou rural des participants. Il existe des similitudes et des divergences, en fonction du sujet traité. « De meilleurs services de police » et « de meilleures pensions » ont tendance à être mal classés, même si les résidents des zones urbaines les réclament un peu plus que ceux des zones rurales. L'« eau » est constamment classée plus importante pour les zones rurales, tout comme le sont de « meilleures routes et de meilleurs ponts », tandis que de « meilleures écoles » sont davantage demandées dans les zones urbaines, à l'exception du Kenya.

Dans un pays, le cadre de vie est un facteur déterminant des priorités. Les cinq pays présentent un écart statistiquement important entre ce que les habitants des villes et les habitants des zones rurales demandent en termes d'amélioration des services publics. Les différences entre les zones

urbaines et rurales sont plus marquées en Côte d'Ivoire, en Zambie et au Sénégal (voir Cramer-V à l'annexe III).

La comparaison entre les zones urbaine et rurale fait référence à la distribution globale des services répertoriés. Et si nous séparions la « meilleure santé » et la considérons comme un thème unique ? S'agit-il également d'une fracture entre les zones urbaines et rurales ? Pour trois pays (Bénin, Sénégal et Zambie) nous n'observons pas d'écart. Les habitants des zones rurales évaluent l'importance d'une « meilleure santé » de la même manière que les habitants des zones urbaines. Le Kenya, dans une certaine mesure et la Côte d'Ivoire, s'écartent de cette uniformité en ce qu'ils présentent un fossé entre les zones urbaines et rurales. En un sens, les résidents ruraux regroupent leurs priorités en privilégiant un « meilleur approvisionnement en eau » plutôt que des « meilleurs services de santé ».

2.4 PRIORITÉS PAR ÂGE

Il est assez difficile de prévoir l'impact de l'âge sur la nécessité de meilleurs services publics. Les personnes plus âgées sont susceptibles d'être plus intéressées par de meilleurs services de police, de meilleurs services de santé, un meilleur approvisionnement en eau et des pensions adéquates. Les groupes d'âge les plus jeunes auront peut-être pour priorités l'éducation, le raccordement au réseau électrique et les infrastructures de transport afin d'améliorer leur mobilité (sociale). Lorsque les jeunes et les personnes âgées vivent ensemble dans un même ménage, les discussions permanentes sur les déficits des services publics peuvent toutefois avoir un effet équilibrant.

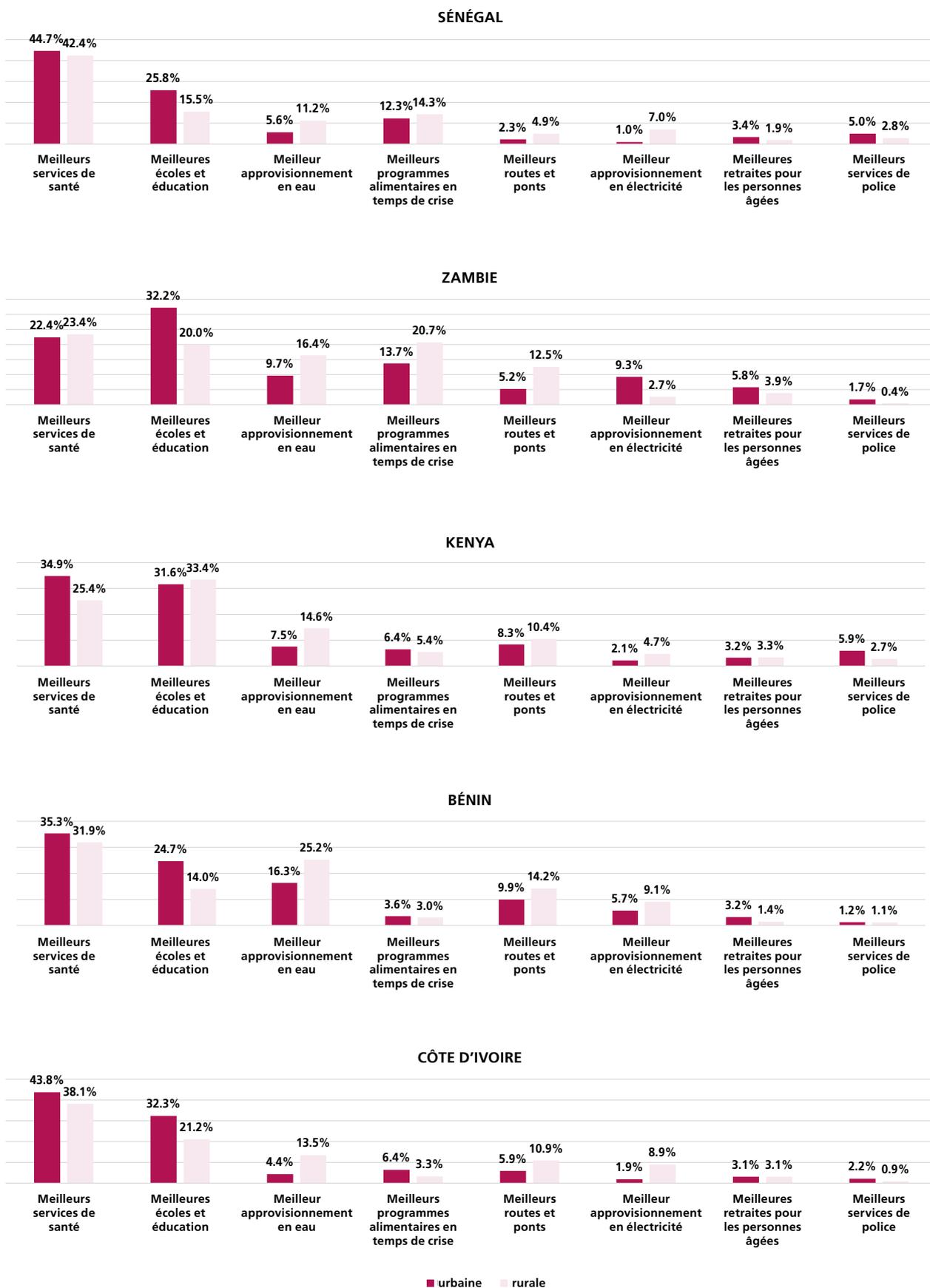
La figure 4, qui illustre les schémas de la demande, révèle une conformité considérable entre les groupes d'âge. Le modèle à trois grappes consistant à placer les services de santé et une meilleure éducation en premier lieu, les projets d'infrastructure physique en second lieu et les services de police en dernier lieu est largement répandu dans tous les groupes d'âge. Des variations apparaissent en ce qui concerne l'importance des pensions, que les personnes âgées du Kenya, de Zambie et de Côte d'Ivoire jugent plus pertinentes, ou l'approvisionnement en eau, dont l'expression de l'importance diminue avec l'âge des participants au Bénin et en Zambie. D'autres services sont positivement liés à l'âge dans un pays, alors qu'il n'y a aucun effet ou que la corrélation est négative dans un autre pays.

Dans l'ensemble, le facteur âge n'influence pas fortement les seuils de priorité au Bénin et au Sénégal, tandis qu'au Kenya, en Zambie et en Côte d'Ivoire un lien est observé, bien qu'il soit assez modeste.

Au-delà des tendances de vote à travers tous les services, un examen plus attentif des catégories « meilleurs services de santé » et « meilleures retraites » est révélateur (voir figure 5). Notre hypothèse selon laquelle les personnes âgées transfèrent leur priorité de la santé vers la retraite se vérifie pour le Kenya, la Zambie et la Côte d'Ivoire, mais pas pour

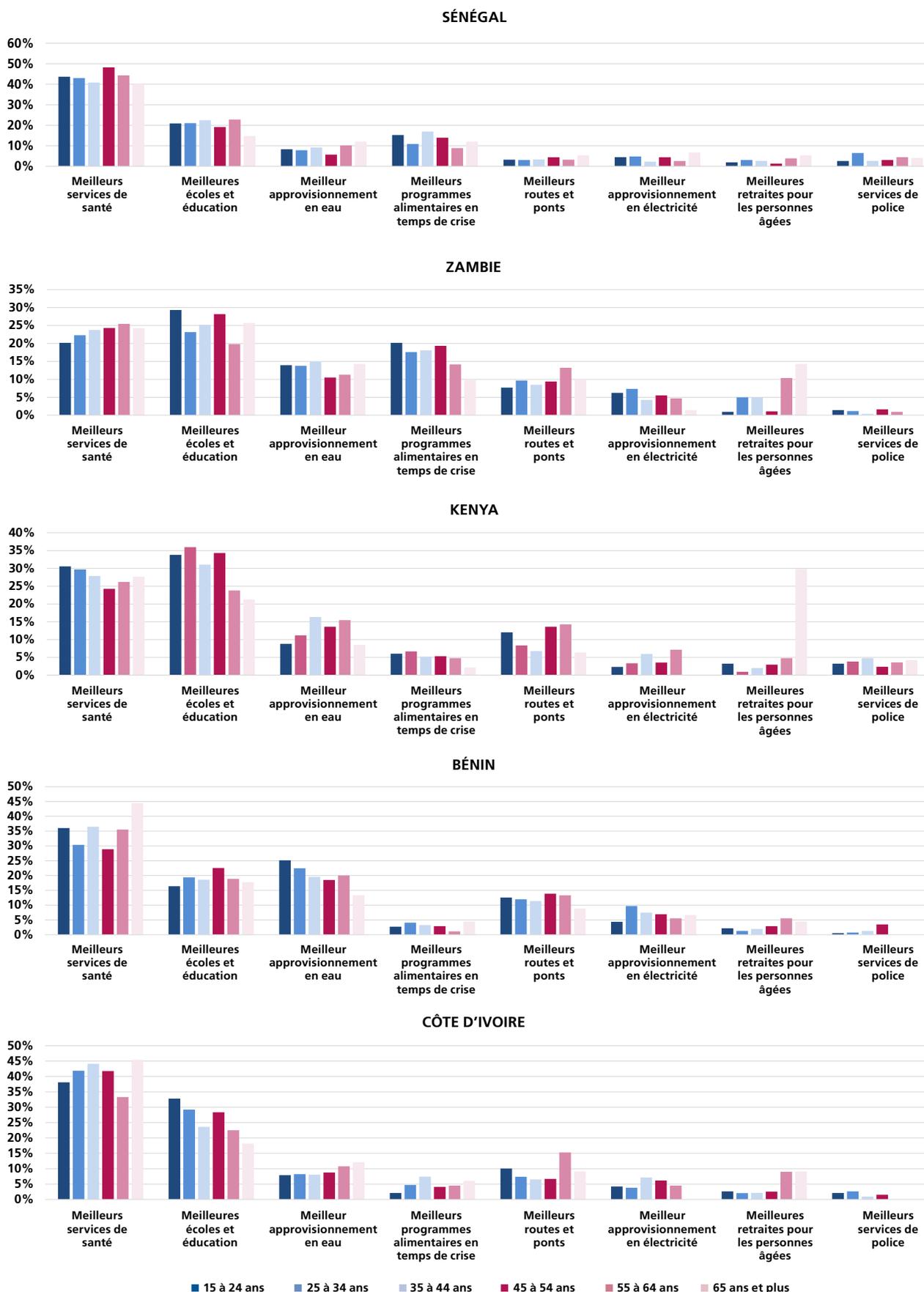
¹⁷ Les résultats sont confirmés par le test du χ^2 , qui révèle des différences considérables dans la distribution des votes de second choix entre tous les pays. Comme précédemment, les variations sont, au mieux, faibles ou d'importance moyenne (voir le calcul à l'annexe III), ce qui indique de nombreuses similitudes dans les tendances de vote des quatre pays.

Figure 3
Cinq pays — Demandes d'amélioration des services publics par zone de résidence (urbaine ou rurale) : première priorité



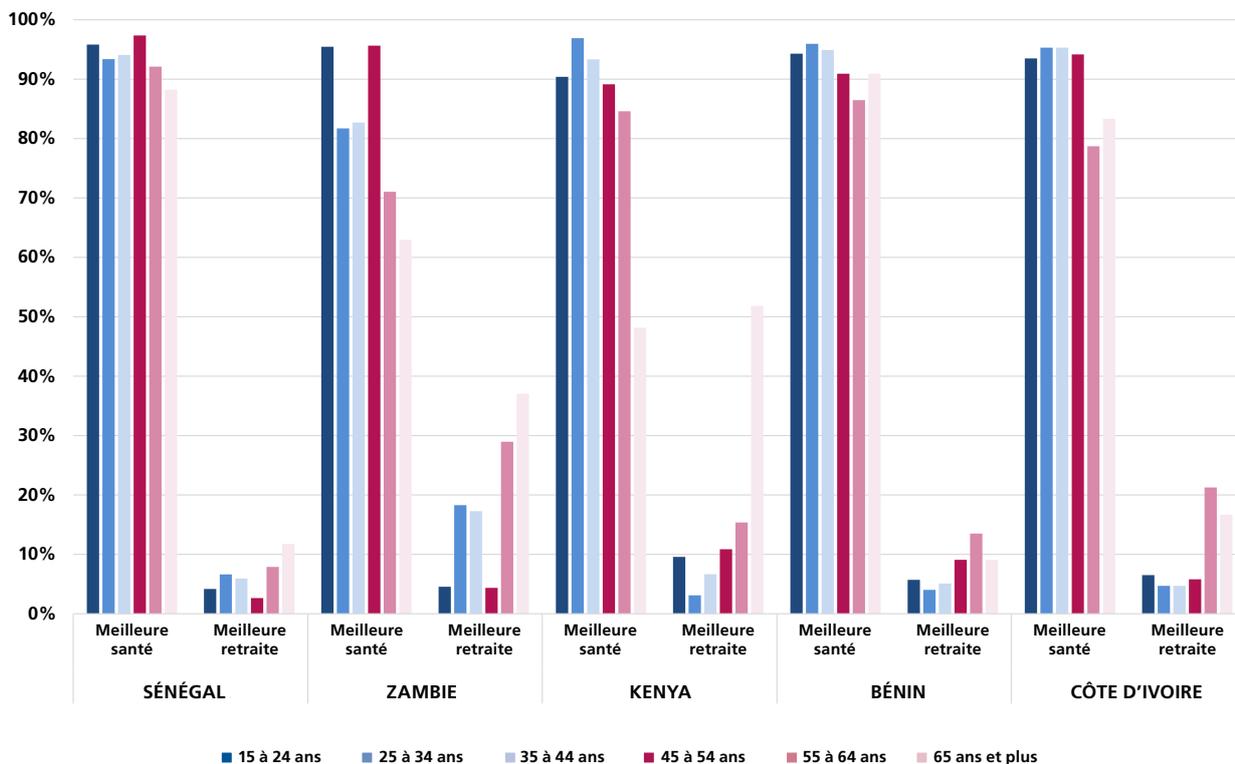
Note : Voir l'annexe III pour les calculs statistiques.

Figure 4
Cinq pays — Demandes d'amélioration des services publics selon l'âge : première priorité



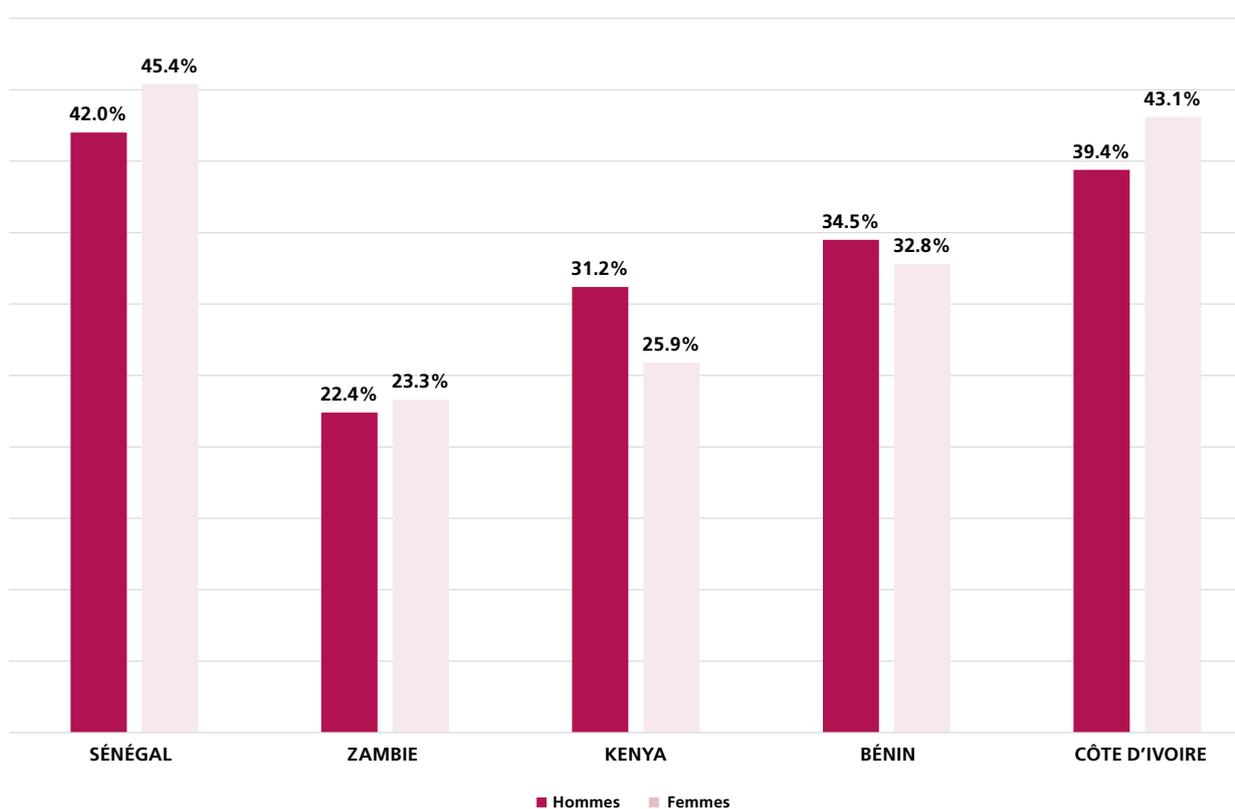
Note : Voir l'annexe III pour les calculs statistiques.

Figure 5
Cinq pays — Demandes d'amélioration des services de santé vs services de retraite selon l'âge : première priorité



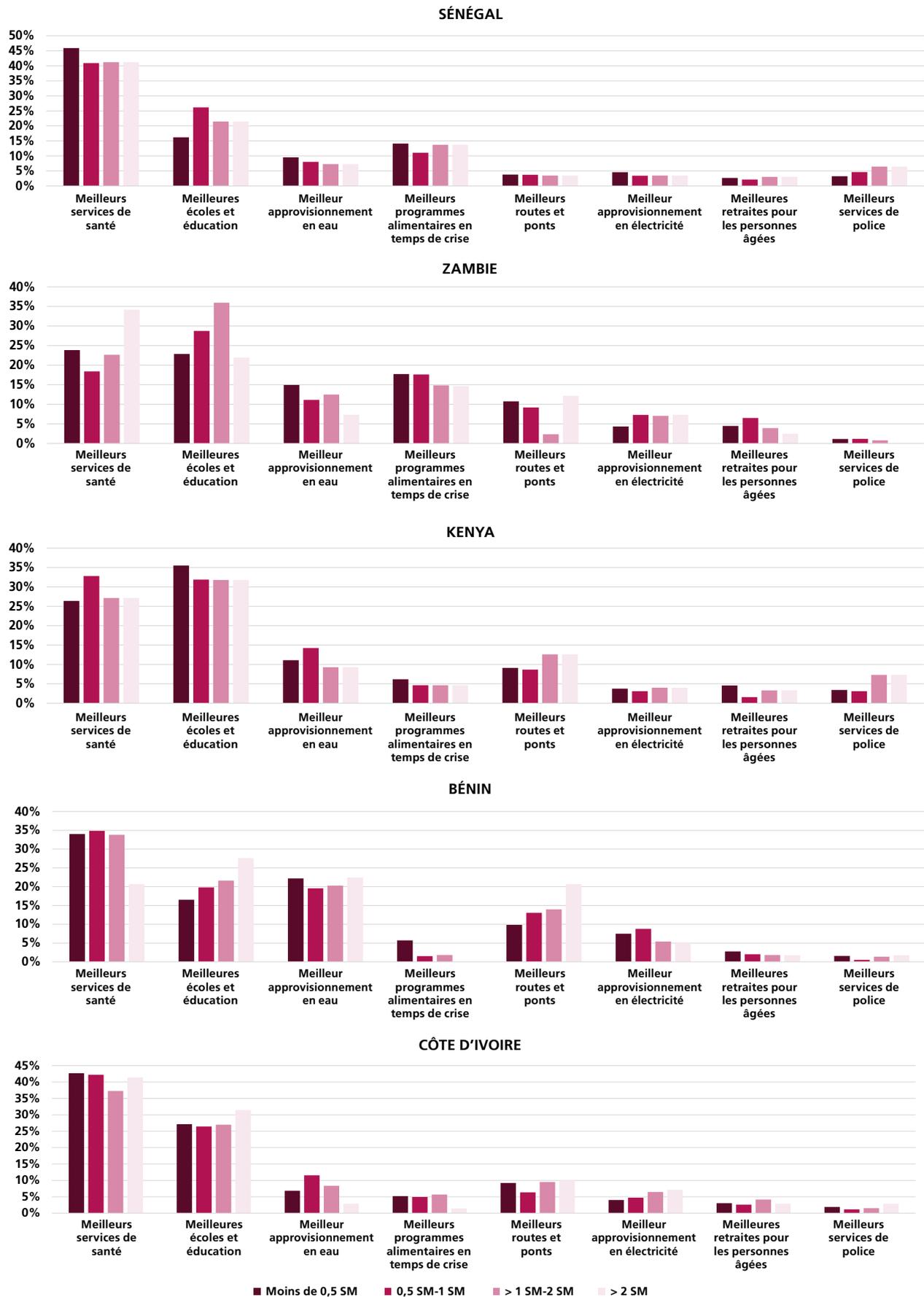
Note : Voir l'annexe III pour les calculs statistiques.

Figure 6
Cinq pays — Demandes d'amélioration des services de santé selon le sexe : première priorité



Note : Voir l'annexe III pour les calculs statistiques.

Figure 7
Cinq pays — Demandes d'amélioration des services publics selon le revenu : première priorité



Note : SM désigne le salaire minimum légal. Voir l'annexe III pour les calculs statistiques.

le Sénégal et le Bénin. L'effet est statistiquement fort au Kenya, où le groupe le plus âgé change de priorité à tel point que la demande de meilleures pensions dépasse celle de meilleurs services de santé. S'il est vrai que les personnes âgées sont plus sujettes à la maladie, leur besoin d'un soutien financier par le biais des pensions de retraite supplante les autres demandes.

2.5 PRIORITÉS PAR SEXE

La variable sexe pourrait-elle être un facteur influençant les priorités des participants en matière de santé ? La figure 6 apporte une réponse tirée des données de notre enquête. Si l'on compare les participants masculins et féminins en termes de préférence pour de « meilleurs services de santé » comme première priorité, on ne constate pas de différences importantes, à l'exception du Kenya. Dans ce pays, les participants masculins sont nettement plus nombreux que les femmes à opter pour l'amélioration des soins de santé comme première priorité. L'incidence de cette différence est toutefois minime. Dans l'ensemble, le sexe n'est pas une variable qui explique une préférence pour les soins de santé.

2.6 PRIORITÉS PAR REVENU

Le revenu est un autre facteur pour lequel il est difficile d'évaluer le lien avec les demandes de meilleurs services publics. Les populations défavorisées sont susceptibles de dépendre des prestations de l'État pour satisfaire leurs besoins sociaux de base, tandis que les riches sont plus en mesure de payer pour des services privés. Au milieu se trouvent les « non-pauvres », qui sont en mesure d'exploiter des ressources alternatives lorsque l'État ne parvient pas à les fournir dans certains domaines (par exemple l'électricité), mais qui peuvent avoir des difficultés à le faire dans d'autres domaines (comme les soins de santé). Il y a également des personnes qui classent certaines obligations comme des obligations morales de l'État envers tous les citoyens et qui identifient un service particulier comme une priorité absolue, indépendamment de leurs situations individuelles.

Pour mesurer l'impact du revenu sur les priorités, nous avons regroupé les participants en quatre catégories de revenus : les « extrêmement pauvres » (dont le revenu mensuel est inférieur à la moitié du salaire minimum légal (SM)), les « moyennement pauvres » (dont le revenu mensuel se situe entre la moitié et le plein SM), les « non pauvres » (dont le revenu mensuel se situe entre le SM et deux fois le SM) et les « aisés » (dont le revenu mensuel est supérieur à deux fois le SM). Les résultats sont illustrés à la figure 7.

Il est difficile d'argumenter en faveur d'un lien entre les revenus et les priorités des services en se contentant d'examiner les profils. Au Bénin, de nombreuses demandes de services sont liées au revenu. La demande pour de « meilleures écoles » et de « meilleures routes » augmente avec

le revenu, tandis que la demande pour une meilleure santé et un meilleur approvisionnement en eau diminue avec des revenus plus élevés. Le revenu et les priorités sont liés mais l'implication statistique de cette corrélation est faible.

Le profil prioritaire du Kenya est plus complexe. Avec des revenus encore plus élevés, la demande de « meilleures routes et ponts » augmente, tandis que la demande de « meilleures écoles et éducation » diminue¹⁸. La demande d'autres services, cependant, n'est pas liée au revenu, et le test du Khi² ne décèle aucun lien entre le revenu et les priorités en matière de services.

Au Sénégal, seul « l'approvisionnement en eau » est sujet à des variations selon les revenus. Tous les autres domaines demeurants indépendants des revenus, le test du Khi² ne révèle à nouveau aucune influence (voir annexe III).

La Zambie présente les fluctuations les plus importantes entre les demandes de services et les tranches de revenus. Toutefois, les liens ne se manifestent pas de manière continue et, au lieu d'un changement progressif, on observe des fluctuations au sein des catégories de services sans tendance claire. Le test du Khi² confirme cette image non structurée et n'observe aucune dépendance entre les variables.

Au Sénégal, nous trouvons à nouveau des variations de la demande de services en fonction du revenu, mais aucune tendance forte ne se dégage. Il n'y a pas de signification statistique entre la priorité du service et le revenu.

Dans l'ensemble, aucune disparité dominante dans les priorités entre les classes de revenus ne peut être observée entre les pays. « Soins de santé », en tant que question isolée montre une certaine dépendance au revenu en Zambie et au Bénin, mais celle-ci est mineure. Au Kenya, au Sénégal et en Côte d'Ivoire, la demande de « meilleurs services de santé » ne dépend pas du salaire des populations.

2.7 DISCUSSION

Les raisons pour lesquelles les « services de santé » et les « écoles et l'éducation » sont en tête de la liste des demandes des services publics sont évidentes. Dans de nombreux pays africains, l'éducation est considérée comme le principal vecteur de promotion sociale, avant la propriété privée ou l'héritage. La combinaison de la réussite scolaire et de l'accès à l'emploi public constituait la stratégie commune pour les carrières sociales pendant la décolonisation et durant les quelques décennies qui ont suivi. Pour beaucoup, l'obtention de diplômes est le moyen le plus simple d'améliorer leurs chances sur le marché du travail et de grimper l'échelle sociale. La forte demande d'infrastructures éducatives supplémentaires exprime l'espoir de

¹⁸ Cela peut signifier que la demande d'écoles publiques supplémentaires diminue tandis que la demande d'écoles privées augmente.

grandes parties de la population de pouvoir améliorer leur niveau de vie ou celui de leurs enfants, à condition que l'accès à l'éducation soit amélioré¹⁹.

Le classement en tête des « meilleurs services de santé » peut également se traduire par des demandes d'amélioration des conditions de vie. Ici, nous ne pouvons pas décomposer la demande de « meilleurs services de santé » en différentes composantes, telles que « l'accès à l'assurance maladie » ou un « meilleur accès aux établissements de santé existants ». Cela se fera dans l'analyse des données en cours. Il est important de noter que la demande de « meilleurs services de santé » dépasse de loin la demande de « meilleures pensions de retraite ». En moyenne, les personnes qui désignent « de meilleurs soins de santé » comme leur principal besoin sont 11 fois plus nombreuses que celles qui désignent « de meilleures pensions ». Cela peut s'expliquer par le fait que, dans l'articulation des demandes sociales, l'urgence des problèmes sociaux l'emporte sur les besoins futurs. La maladie, son traitement et son coût sont des problèmes quotidiens pour beaucoup et suscitent davantage d'attention que les revenus futurs après la retraite. Nous allons cependant tester cet argument en examinant la hiérarchie des demandes en fonction de l'âge des participants.

Deux arguments supplémentaires peuvent être évoqués ici pour expliquer la prédominance des « services de santé » sur les « prestations de retraite ». Compte tenu de la structure démographique de nombreuses sociétés africaines, seul un petit pourcentage de la population se trouve dans la cohorte d'âge de la retraite légale. La moitié de la population a moins de 20 ans. Au vu du faible nombre de personnes âgées, la recherche de ressources économiques pour les soutenir est moins prioritaire que dans les sociétés vieillissantes.

D'autres éléments mettent en avant le rôle de la famille. De nombreuses personnes vivent encore dans des familles élargies dans lesquelles les membres les plus jeunes s'occupent des plus âgés. Les familles élargies peuvent être considérées comme un « régime d'assurance » alternatif pour les prestations de retraite non intégré dans l'économie monétaire par le biais du paiement de primes ou d'autres régimes spécialisés. L'aide familiale apportée aux retraités se présente sous des formes non monétaires, telles que la fourniture sur place de nourriture et de logement. Quant aux services de santé, ils sont essentiellement pris en charge par l'économie de marché et doivent être payés en espèces. Un revenu en espèces insuffisant ou inexistant entrave l'accès aux services de santé, mais ne compromet pas autant l'accès à la nourriture et au logement.

La prépondérance du vote pour de « meilleurs services de santé » témoigne ainsi du fait que l'accès à de meilleurs soins de santé ne peut être obtenu par les moyens traditionnels de

reproduction sociale (comme la cohabitation avec la famille élargie), comme c'est le cas pour l'accès à la nourriture et au logement après la retraite.

Nous avons testé quatre facteurs au regard des premières priorités et avons constaté un lien faible à moyen avec la zone de résidence urbaine ou rurale, un lien négligeable ou nul avec l'âge, un lien nul avec le sexe et un lien négligeable ou nul avec les écarts de revenus. Si nous supposons que ces facteurs sont des composantes majeures dans la formation des classes socio-économiques, nous pouvons alors conclure que la stratification au sein de la main-d'œuvre informelle n'est pas apparue à un point tel que la priorité accordée à de meilleurs services publics dépende de l'appartenance sociale.

Les disparités de revenus nous servent de référence pour étayer cet argument. Bien que nous n'ayons pas observé de fortes divergences de priorités entre les classes de revenus, nous ne pouvons pas affirmer avec certitude ce qui se passerait lorsque le niveau général des revenus augmente et que les disparités de revenus se creusent davantage. Il se peut qu'avec l'augmentation des revenus et une aggravation des inégalités la structure de la demande des salariés à hauts revenus s'éloigne de celle des salariés à faibles revenus. Toutefois, au regard du niveau actuel des disparités de revenus, les différences sont moindres et le revenu est principalement un facteur négligeable dans la recherche de différences dans la fixation des priorités.

Si les facteurs socio-économiques ne jouent pas encore en faveur d'une structure différenciée des demandes, nous pouvons considérer que notre classement traduit fidèlement l'ensemble de la main-d'œuvre informelle. Étant donné que ce segment du marché du travail domine l'économie, englobant entre 80 et 90 pour cent de l'emploi total, les tendances des votes observées peuvent être généralisées et évaluées comme un reflet de la situation générale d'un pays.

¹⁹ Il existe en effet une relation positive entre un niveau d'éducation plus élevé et l'accès à l'emploi formel. Voir Femmes et hommes dans l'économie informelle: Un panorama statistique, OIT (2018).

3

LE RECOURS AUX SOINS MÉDICAUX — UNE QUESTION D'INÉGALITÉ ?

3.1 RECOURS AUX SOINS MÉDICAUX : INÉGALITÉ SELON LE PAYS

L'égalité d'accès peut être considérée comme la pierre angulaire de la politique de santé d'un pays engagé dans la construction d'un système de soins de santé pour tous les groupes sociaux. Les soins médicaux doivent être accessibles à tous ceux qui sont malades et ont besoin de traitements. Afin d'évaluer l'accessibilité, nous devons examiner deux critères. Les établissements de santé sont-ils implantés avec une densité géographique telle que le temps et les coûts de déplacement ne deviennent pas prohibitifs pour les personnes vivant loin des structures de santé ? Les services de santé sont-ils accessibles à ceux qui ne sont pas en mesure de payer ?

L'accès aux services médicaux est une question d'offre et de demande. Si les soins de santé sont payants et que les frais sont supérieurs à ce que les segments les plus pauvres de la société sont en mesure de payer, les soins médicaux sont certes disponibles mais restent hors de leur portée financière. Le terme « accès » associe la disponibilité des soins de santé et la capacité des patients de payer les soins de santé. Certains aspects de l'accès concernent les facteurs d'offre, tandis que d'autres reflètent les conditions sociales de la demande.

L'égalité d'accès ne signifie pas l'égalité des chances, mais l'égalité de traitement. Compte tenu des ressources financières limitées, l'égalité d'accès ne peut pas inclure toutes les formes de traitement médical. En fonction du stade de développement économique des pays non industrialisés, il est fait référence ici aux soins de santé primaires de base, un concept en matière de soins de santé qui met les traitements médicaux de base à la portée des plus démunis.

Afin de comprendre comment les traitements médicaux sont « consommés », nous avons interrogé les participants sur la fréquence à laquelle ils obtiennent des soins médicaux²⁰. La question était formulée comme suit : « Au cours de l'année dernière, combien de fois, le cas échéant, avez-

vous, ou un membre de votre famille manqué de médicaments ou de traitements médicaux^{21 22} ? »

La question ne concernait pas seulement les participants mais tous les membres de leurs familles. La question ne portait pas sur la fréquence des maladies ni sur le nombre de visites ou de non-visites dans des établissements médicaux. Elle demandait plutôt aux participants de préciser l'incidence de la nécessité et de la réception d'un traitement. Nous obtenons ainsi l'évaluation personnelle du participant quant à la disponibilité des soins médicaux, en cas de besoin. Les participants pouvaient ainsi exprimer leur opinion quant au nombre réel de cas de traitement ou exprimer un sentiment instinctif. Quoi qu'il en soit, la question met en lumière leur perception de la capacité des personnes à bénéficier des services de santé lorsqu'elles en ont besoin.

Les réponses apportées à notre question indiquent d'énormes différences et permettent de regrouper les cinq pays en deux catégories et une position intermédiaire (figure 8). Au Kenya et en Zambie, une grande majorité (près de 70 pour cent) a déclaré qu'elle allait le plus souvent ou toujours se faire soigner en cas de besoin. Environ 10 pour cent seulement ont déclaré devoir faire face à leurs problèmes médicaux sans, ou presque sans, soins médicaux.

Au Sénégal et au Bénin, entre 24 et 32 pour cent des personnes sont confrontées à une situation qui les empêche le plus souvent ou toujours d'obtenir des soins médicaux en cas de besoin. La part de ceux qui ont toujours ou presque toujours « été privés de soins médicaux » au Bénin et au Sénégal est près de trois fois plus élevée qu'au Kenya et en Zambie. La Côte d'Ivoire se situe au milieu. La part de ceux qui se sentent empêchés de recourir à des soins médicaux (23,9 pour cent) y est nettement plus faible qu'au Sénégal et au Bénin, mais demeure deux fois plus élevée qu'au Kenya et en Zambie²³.

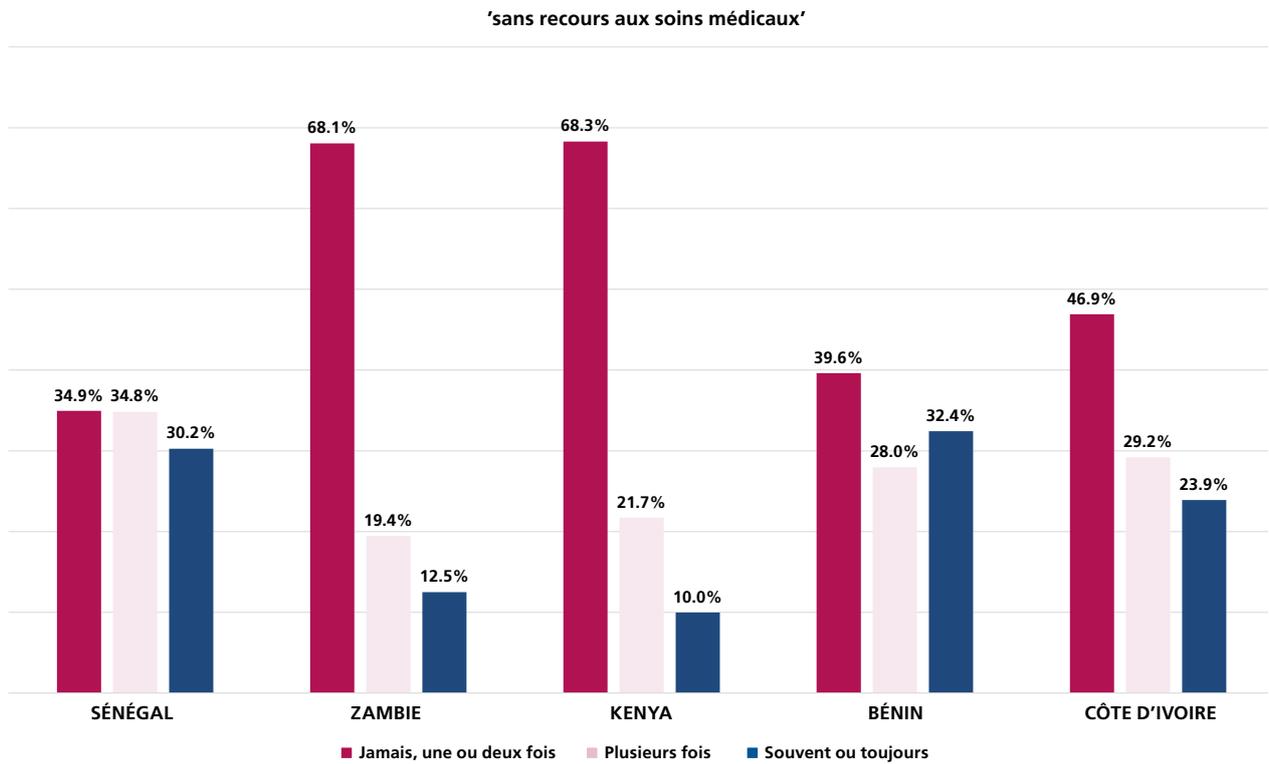
²⁰ Nous limitons ici notre analyse à un seul aspect de l'évaluation du recours aux services médicaux. Un rapport plus détaillé portant sur l'évaluation de la qualité des services et comparant les établissements de santé publics et privés sera publié à une date ultérieure.

²¹ Cette question fait partie d'une série de cinq questions qui portent sur la nourriture, l'eau potable, les combustibles de cuisson et les revenus en espèces, et est utilisée pour élaborer un indice de pauvreté vécue. Nous suivons ici l'approche d'AfroBaromètre (AB) et saluons son travail dans ce domaine.

²² En raison du manque de clarté pour les ménages n'ayant aucun cas de maladie, leurs réponses ont été ignorées dans l'analyse des données.

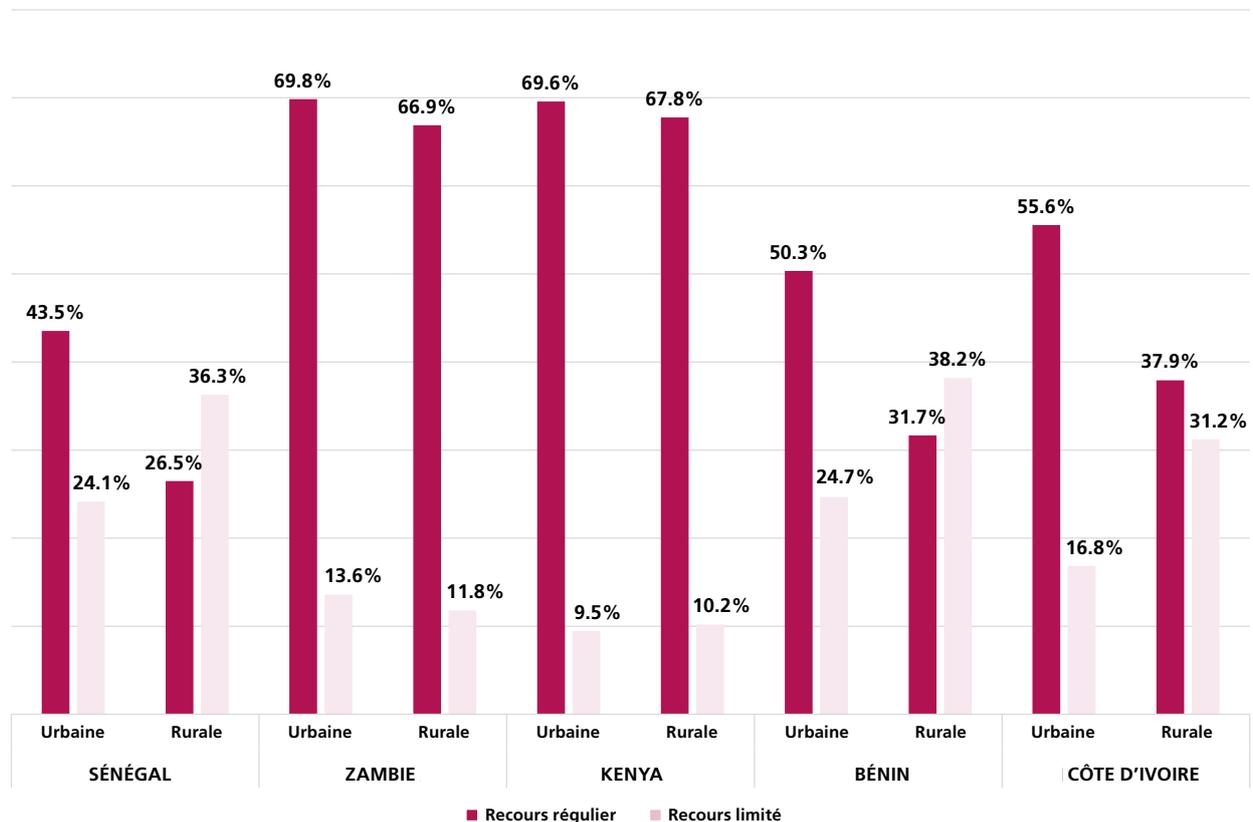
²³ Le test T permet de confirmer des différences significatives entre le Sénégal et le Bénin d'une part et le Kenya et la Zambie d'autre part. Voir le tableau au bas de la figure 8.

Figure 8
Cinq pays — Recours aux soins médicaux



Question : « Au cours de l'année dernière, combien de fois, le cas échéant, avez-vous, ou un membre de votre famille manqué de médicaments ou de traitements médicaux ? »
 Note : Données sur les ménages ayant eu des cas de maladie au cours des 12 derniers mois.
 Voir l'annexe III pour les calculs statistiques.

Figure 9
Cinq pays — Recours aux soins médicaux selon la zone de résidence (urbaine ou rurale)



Définitions : recours régulier aux soins médicaux = « s'est passé de soins médicaux » : jamais ou seulement, une ou deux fois ; recours limité aux soins médicaux = « s'est passé de soins médicaux » : plusieurs fois ou toujours.
 Voir l'annexe III pour les calculs statistiques.

Pour repérer les différences aux niveaux inférieurs à la moyenne nationale, nous avons examiné les sous-groupes par zone de résidence et revenu. Les infrastructures médicales sont généralement concentrées dans les zones à forte densité de population, nous pouvons donc nous attendre à ce que les participants des zones urbaines se rendent plus fréquemment dans des infrastructures médicales que les résidents ruraux. Il peut en être de même pour les revenus. Les personnes ayant des revenus plus élevés sont moins susceptibles de renoncer à des soins médicaux en raison de leur coût que les personnes pauvres, qui ne peuvent se permettre cette dépense.

3.2 RECOURS AUX SOINS MÉDICAUX : INÉGALITÉS SELON LA ZONE DE RÉSIDENCE (URBAINE OU RURALE)

La zone de résidence souligne la nécessité de diviser les pays couverts par l'enquête en deux catégories. Au Kenya et en Zambie, la zone de résidence s'avère de peu ou pas d'importance²⁴. Quelle que soit la zone de résidence des participants,

²⁴ Nous avons simplifié l'évaluation des données en répartissant les options à cinq réponses en deux groupes. Lorsque les personnes n'ont « jamais » ou « une ou deux fois » manqué de médicaments ou de traitements médicaux, nous parlons de « recours régulier aux soins médicaux » ; lorsque les personnes ont « souvent » ou « toujours » man-

qué de médicaments ou de traitements médicaux, nous parlons alors de « recours limité aux soins médicaux ». La catégorie intermédiaire « plusieurs fois » est ignorée.

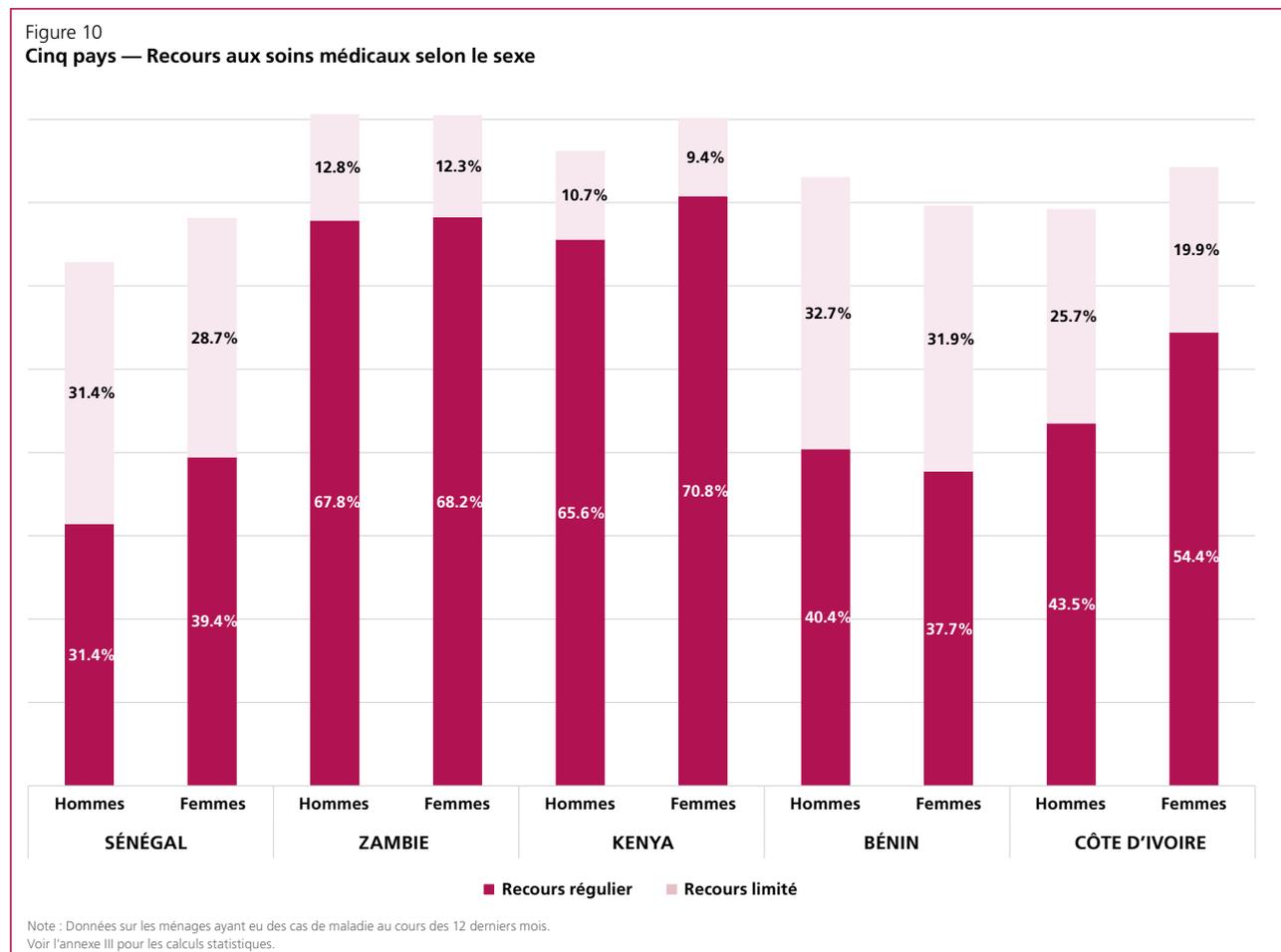
la plupart d'entre eux peuvent bénéficier de soins médicaux en cas de besoin (voir figure 9). Cela va à l'encontre de la conception commune selon laquelle les habitants des zones rurales ont plus de difficultés à accéder à un traitement médical²⁵. Sur la base des données de notre sondage, le Kenya et la Zambie semblent avoir surmonté le clivage rural-urbain à cet égard.

Au Bénin, au Sénégal et en Côte d'Ivoire, la zone de résidence devient un facteur de différenciation. Lorsque dans les zones urbaines, 17 à 25 pour cent des personnes déplorent un faible recours, ce chiffre est de 31 à 38 pour cent pour les habitants des zones rurales. Environ un tiers des résidents ruraux font souvent face à une maladie sans bénéficier d'un traitement médical²⁶.

Le test T confirme la polarisation : au Kenya et en Zambie, les différences entre les résidents urbains et ruraux dans le

²⁵ Voir, par exemple, Xenia Scheil-Adlung (éd.), *Global evidence on inequities in rural health protection: new data on rural deficits in health coverage for 174 countries*. Organisation internationale du Travail, Document ESS n° 47, 2015.

²⁶ Le test du Khi² confirme un recours statistiquement plus faible aux soins médicaux pour la population rurale au Sénégal et au Bénin (voir annexe III).



recours aux soins médicaux ne présentent pas de signification statistique, alors qu’elles sont nettement manifestes au Sénégal, au Bénin et en Côte d’Ivoire (voir annexe III).

pouvons donc pas considérer le genre comme un obstacle au recours aux services médicaux.

3.3 RECOURS AUX SOINS MÉDICAUX : INÉGALITÉS SELON LE SEXE

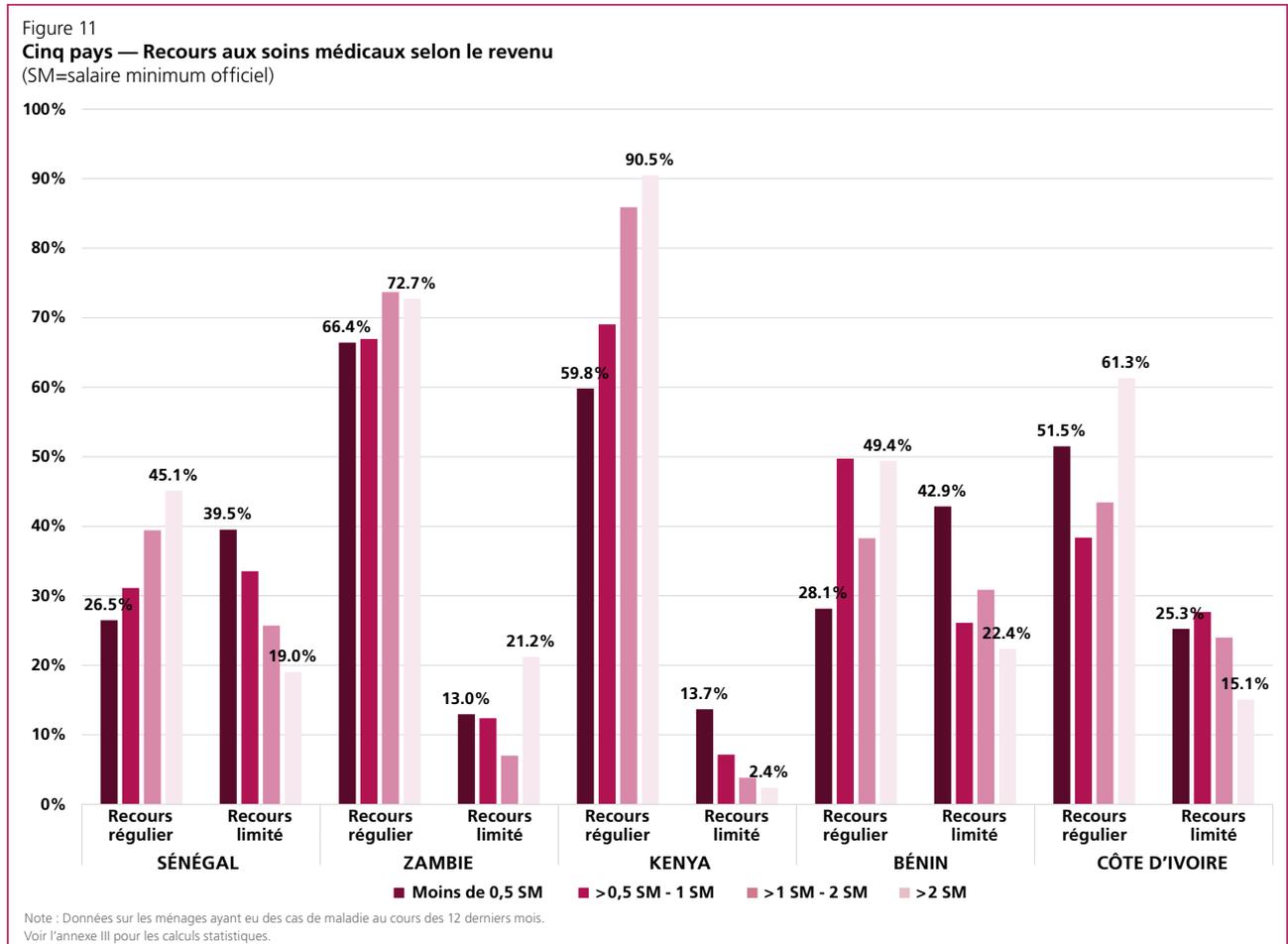
Le sexe est-il un facteur déterminant dans le recours aux services médicaux ? Afin de comprendre la sensibilité du recours aux services médicaux selon le sexe, nous avons divisé notre échantillon entre les ménages tenus par des hommes et ceux tenus par des femmes. Le chef de famille a répondu aux questions au nom de tous les membres de la famille sans faire de distinction entre les hommes et les femmes. Si nous supposons que les chefs de famille, hommes et femmes, évaluent de la même manière les cas de maladie dans leurs ménages, les réponses peuvent être considérées comme une approximation pour déterminer le recours aux services médicaux en fonction du sexe.

La figure 10 reproduit les réponses en fonction du sexe du chef de famille. Aucun pays ne présente de disparité importante dans le recours aux soins médicaux entre les ménages dirigés par un homme et ceux dirigés par une femme. Le Sénégal et la Côte d’Ivoire se situent juste en dessous du seuil de signification, tandis que les trois autres pays affichent un niveau élevé de conformité. Nous ne

3.4 RECOURS AUX SOINS MÉDICAUX : INÉGALITÉS SELON LE REVENU

Un examen de l’impact des revenus des participants sur le recours aux soins médicaux révèle un schéma d’inégalité légèrement modifié. Sur la base des catégories de revenus susmentionnées (« extrêmement pauvres », « moyennement pauvres », « non pauvres » et « aisés »), nous obtenons une corrélation positive dans quatre pays. Au Sénégal, au Kenya, au Bénin et en Côte d’Ivoire, le recours aux soins médicaux augmente à mesure que les revenus augmentent. Cette incidence est statistiquement négligeable en Zambie. La Zambie est donc le seul pays dans lequel le revenu ne détermine pas l’accès à un traitement médical (voir figure 11).

Beaucoup de pauvres au Sénégal et au Bénin vivent dans des situations déplorables. Environ 40 pour cent des ménages dont le revenu est inférieur à 50 pour cent du salaire minimum officiel n’ont guère recours aux soins médicaux (42,9% au Bénin, et 39,5 pour cent au Sénégal). La situation est à peine meilleure en Côte d’Ivoire. Un quart des ménages disent que les soins médicaux sont hors de portée financière. Ce chiffre est considérablement moins élevé au Kenya et en Zambie, respectivement 13,7 pour cent et 13 pour cent.



Il est également frappant de constater qu'un revenu décent ou assez élevé n'est pas en soi une condition suffisante pour obtenir des soins médicaux. Au Kenya et en Zambie, seuls 90,5 et 72,7 pour cent, respectivement, du segment des revenus les plus élevés déclarent avoir recours à un traitement médical de manière systématique. Au Bénin et au Sénégal, moins de la moitié des « aisés » font de même. Les « aisés » du Sénégal connaissent une situation un peu plus favorable : 61,5 pour cent déclarent avoir recours à un traitement médical en cas de besoin. Les revenus élevés facilitent en effet le recours aux soins médicaux. Ce n'est toutefois pas le cas pour tous et un nombre important de personnes assez aisées demeurent privées de soins médicaux.

Nous devons souligner à nouveau que notre évaluation mesure le recours aux soins médicaux, et non la qualité du traitement médical ou la satisfaction à son égard. Il se pourrait bien que la qualité des traitements médicaux dépende également du revenu et donc de la capacité des gens à payer pour des prestations de qualité plus, ou moins, élevée. Dans ce cas, les inégalités dues aux différences de revenu pourraient être encore plus prononcées.

Nous pouvons établir un lien entre le facteur de zone de résidence (urbaine ou rurale) et les différences de revenus afin de mesurer comment la combinaison des deux accentue les disparités. Leur effet combiné peut être démontré en comparant le nombre de participants ayant régulièrement recours à

des soins médicaux dans différents groupes de revenus, en les séparant en outre selon la zone de résidence. Un ratio de 1,0 indiquerait que les personnes aisées en milieu urbain et les pauvres en milieu rural ont un accès similaire aux soins médicaux et que ni la zone de résidence ni l'inégalité des revenus ne jouent un rôle particulier. Plus ce ratio augmente, plus les inégalités apparaissent dans le système.

Le tableau 1 présente des résultats limités à une comparaison entre les « zones urbaines à revenus élevés » (groupe de revenu 4) et les « zones rurales à faibles revenus » (groupe de revenu 1). Au Kenya et en Zambie, nous constatons que la zone de résidence est d'une importance mineure et que l'inégalité est presque exclusivement déterminée par les différences de revenus. Au Bénin et au Sénégal, les différences de zone de résidence et de revenus se combinent pour accroître considérablement les inégalités. En Côte d'Ivoire, la zone de résidence et le revenu contribuent modestement aux inégalités de recours aux soins médicaux.

Nos données révèlent un ratio de discrimination assez faible de 1,17 pour la Zambie. Les pauvres des zones rurales n'ont que 17 pour cent de chances en moins d'avoir recours à des soins médicaux de manière régulière que les riches des zones urbaines. Les ratios de la Côte d'Ivoire et du Kenya, à 1,48 et 1,67, sont encore assez équilibrés. L'environnement sanitaire du Sénégal est déjà très discriminatoire (ratio 2,46), tandis que le Bénin (ratio 2,86) est le moins performant des

Tableau 1
Cinq pays — Mesure de l'inégalité du « recours adéquat » aux soins médicaux (groupes sélectionnés)

| Recours adéquat aux soins médicaux | Sénégal | Zambie | Kenya | Bénin | Côte d'Ivoire |
|--|---------|--------|---------|--------|---------------|
| 1. Zone urbaine — Revenu élevé Groupe 4 | 53,3 % | 76,0 % | 100,0 % | 63,6 % | 68,7 % |
| 2. Zone rurale — Faible revenu Groupe 1 | 21,7 % | 65,0 % | 59,8 % | 22,2 % | 46,4 % |
| 3. Facteur d'inégalité (1./2.) | 2,46 | 1,17 | 1,67 | 2,86 | 1,48 |
| 4. Meilleur accès : zones urbaines à revenus élevés vs zones rurales à faibles revenus | 146 % | 17 % | 67 % | 186 % | 48 % |

Note: * 2018; ** 2016; *** 2014.

Source: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en%20%3b/fr> ;

www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/current-health-expenditure-che

Tableau 2
Cinq pays — Dépenses de santé (indicateurs divers, 2017)

| | Bénin | Kenya | Sénégal | Zambie | Côte d'Ivoire |
|---|--------|---------|---------|---------|---------------|
| I. Dépenses courantes de santé en % du PIB | 3,72 | 4,80 | 4,13 | 4,47 | 4,45 |
| II. Dépenses courantes de santé (DCS) par habitant en PPA en \$ internationaux | 85 | 158 | 143 | 180 | 176 |
| III. Dépenses de soins de santé primaires (SSP) en % des DCS (2018) | s. o. | 73 | 66 | 79 | 80 |
| IV. Soins de santé primaires (SSP) par habitant en dollars internationaux (PPA) | s. o. | 116 | 92 | 140 | 140 |
| V. Médecins (pour 10 000 habitants) | 0,791* | 1,565* | 0,691 | 1,628** | 2,314*** |
| VI. Personnel infirmier et sages-femmes (pour 10 000 habitants) | 3,888* | 11,656* | 3,127 | 13,376* | 6,048 |
| VII. Paiements directs en % des dépenses totales de santé | 45,0 | 24,0 | 52,4 | 11,8 | 39,4 |

Note: * 2018; ** 2016; *** 2014.

Source: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en%20%3b/fr> ;

[www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/current-health-expenditure-\(che\)](http://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/current-health-expenditure-(che))

cinq pays étudiés. Certes, nous n'avons pas contrôlé les deux groupes quant à leur taille et la relation entre les limites de revenu et le salaire minimum légal risque de générer une distorsion. Ces considérations méthodologiques ne remettent toutefois pas en cause nos principales observations :

- L'accès aux soins médicaux est subordonné aux revenus dans les cinq pays, ce qui donne lieu à une discrimination fondée sur les revenus ;
- La zone de résidence est un facteur discriminatoire supplémentaire au Bénin et au Sénégal, modestement présent en Côte d'Ivoire, mais au Kenya et en Zambie ;
- Dans l'ensemble, les inégalités sont beaucoup plus marquées au Bénin et au Sénégal qu'au Kenya et en Zambie, la Côte d'Ivoire se situant entre les deux groupes.

3.5 DISCUSSION

Il convient de souligner les écarts profonds dans le recours des travailleurs du secteur informel aux soins médicaux dans les différents pays. Même si ce n'est pas le lieu de comparer en détail les perceptions des participants avec les faits concernant les établissements de santé existants ou manquants, un simple aperçu des statistiques de l'OMS indique immédiatement des disparités nationales dans l'offre

de services médicaux qui correspondent aux perspectives de nos participants. Le Bénin et le Sénégal sont les moins performants en ce qui concerne tous les indicateurs énumérés dans le tableau 2. Ils consacrent une part inférieure de leur PIB aux soins de santé, ce qui se traduit également par une baisse des dépenses par habitant. Ils ont le plus petit nombre de personnel médical, y compris de médecins et de personnel infirmier et obstétrical. Plus important encore, les paiements directs (PD), qui mesurent la part des ménages dans les dépenses de santé et servent d'indicateur des charges financières familiales, y sont les plus élevés.

Le Kenya, la Zambie²⁷ et la Côte d'Ivoire enregistrent de meilleurs résultats à tous égards. Ils emploient davantage de personnel médical, consacrent un pourcentage plus élevé du budget aux soins de santé et accordent une plus grande importance aux soins de santé primaires. En définitive, cela se traduit par des niveaux inférieurs de PD²⁸.

²⁷ La Zambie, dans le cadre du National Health Care Package (NHCP), offre gratuitement des forfaits de soins de santé primaires au niveau du district. 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 : Organisation mondiale de la Santé Zambie, WHO Country Cooperation Strategy 2017–2021, disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273149/ccs-zmb-eng.pdf?ua=1> (consulté le 23/5/2020)

²⁸ D'autres indicateurs pourraient être utilisés pour mesurer la qualité des soins médicaux et leur couverture, dont beaucoup sont disponibles à l'OMS. Nous utilisons ces indicateurs uniquement pour confronter le profil de l'offre avec notre profil de perception et nous

À ce stade, nous sommes en mesure de réévaluer une variation entre les pays que nous avons notée ci-dessus. Les participants du Bénin et du Sénégal ont choisi de « meilleurs services de santé » comme leur priorité absolue, tandis qu'au Kenya et en Zambie, la santé est « reléguée » au deuxième rang, derrière une « meilleure éducation ». Ces évaluations disparates correspondent aux « indicateurs de l'offre » du tableau 1. Nous pouvons donc supposer que les Kenyans et les Zambiens changent de priorité en passant de « meilleure santé » à « meilleure éducation » parce que leurs gouvernements investissent davantage dans les soins de santé primaires, tandis que les Béninois et les Sénégalais optent pour « de meilleurs services de santé » comme priorité absolue parce que les prestations de santé dans leurs pays sont plus insuffisantes.

sommes en mesure de confirmer que les opinions sur l'accessibilité des soins de santé dans les cinq pays étudiés correspondent aux facteurs de l'offre à l'échelle macro. L'OMS estime que 45 travailleurs médicaux pour 10 000 habitants sont nécessaires pour atteindre la cible des ODD de couverture sanitaire universelle. Cela signifie que tous les pays de l'enquête ont encore du chemin à parcourir avant de pouvoir se conformer à cet indicateur.

4

PAIEMENT DES SOINS MÉDICAUX

4.1 SOURCES DE FINANCEMENT DES SOINS MÉDICAUX

Les individus renoncent à se rendre dans les établissements médicaux pour diverses raisons. Mais que se passe-t-il lorsqu'ils se font soigner? Lorsque les services de santé sont prodigués gratuitement, des frais accessoires subsistent : paiements pour le transport, période d'absence du domicile, paiements directs pour la nourriture et autres facteurs, etc. Toutefois, lorsque les services de santé sont payés directement par les utilisateurs, la disponibilité d'un financement suffisant peut devenir une préoccupation majeure.

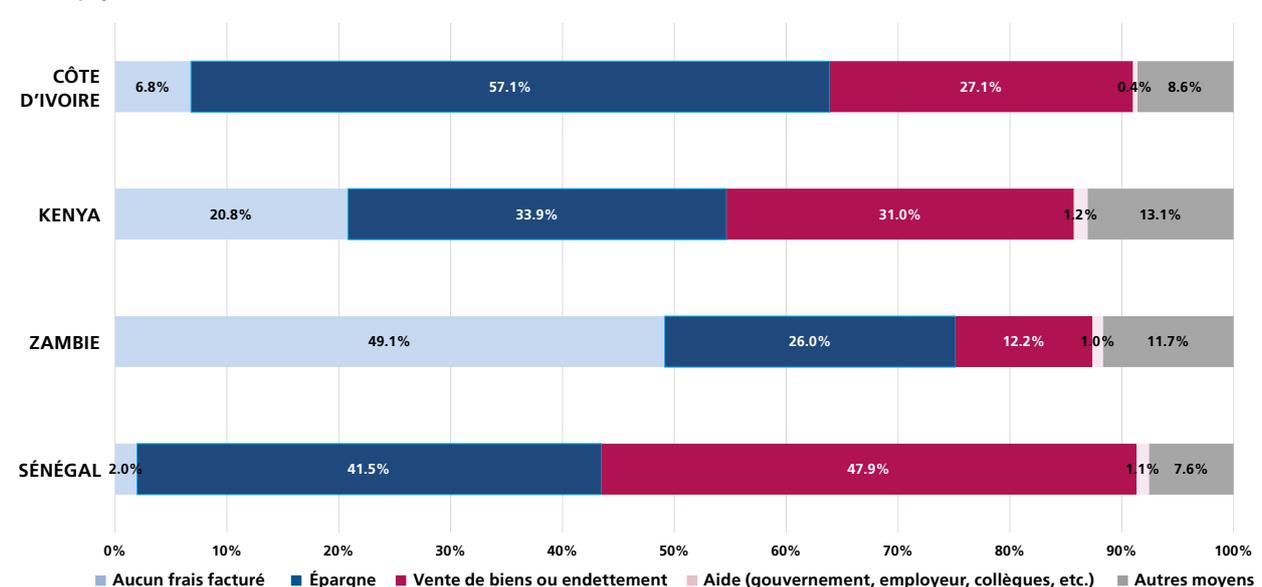
Afin de comprendre à quel point les coûts d'un traitement médical peuvent devenir onéreux, nous avons demandé au chef de famille : « Comment avez-vous, vous ou votre famille, obtenu l'argent nécessaire pour payer ce traitement ? » Étant donné que nous n'avons pas demandé le montant exact versé par les patients, nous ne sommes pas en mesure d'établir un lien entre les dépenses de santé et le revenu des ménages. L'identification de la source de financement nous permet néanmoins de tirer des conclusions sur la charge

financière à laquelle les personnes doivent faire face lorsqu'elles cherchent à se faire soigner.

Nous avons regroupé les paiements des factures de santé selon les sources de financement. Les patients peuvent avoir recours aux services de santé sans payer directement, soit parce qu'aucun coût n'est facturé, soit parce que les paiements proviennent d'une autre source, telle que l'assurance maladie. Si les ménages doivent régler eux-mêmes une facture de soins de santé, trois options principales s'offrent à eux. Tout d'abord, les personnes peuvent régler les factures en utilisant (tout ou partie) de leur épargne. S'ils ne disposent pas de fonds, ils peuvent vendre certains de leurs biens, comme du bétail, des outils, des bijoux, des équipements ménagers, des moyens de transport, ou encore faire des ventes anticipées de produits, etc. Ils peuvent également se tourner vers des amis, des parents, des voisins, des prêteurs d'argent, des banques ou autres pour obtenir un prêt. Une autre option est l'aide financière sous forme de don.

On peut certes contester le bien-fondé de combiner l'accès aux formes traditionnelles de solidarité avec l'obtention de

Figure 12
Quatre pays — Sources de financement des traitements médicaux



Note : Pas de données disponibles pour le Bénin.

fonds auprès d'opérateurs de l'économie de marché. Les formes traditionnelles de solidarité sont toutefois fondées sur la réciprocité et, même si elles permettent une plus grande marge de manœuvre en matière de remboursement que les opérateurs du marché, il existe néanmoins une pression pour mobiliser ses propres ressources lorsque le besoin s'en fait sentir pour les autres.

Diverses sources de paiement des factures de santé sont présentées dans la figure 12.

Les patients en Zambie semblent être dans une situation « socialement privilégiée » en termes de financement des frais de santé. Près de la moitié d'entre eux reçoivent des soins médicaux sans avoir à en couvrir les frais. Quelques 12 pour cent des Zambiens sont « moins privilégiés » dans la mesure où ils doivent se procurer de l'argent en vendant certains de leurs biens ou en contractant un prêt auprès d'autres personnes.

Le Sénégal est le contre-exemple. À peine 2 pour cent des patients bénéficient de services de santé gratuits, tandis que 47,9 pour cent d'entre eux se procurent des fonds en vendant des biens ou en s'endettant. Le Kenya et la Côte d'Ivoire se trouvent dans une situation similaire, dans la mesure où 31 pour cent et 27,1 pour cent, respectivement, doivent obtenir des fonds extérieurs en empruntant ou en vendant des biens. Cependant, ces pays diffèrent dans la manière dont les autres sources sont mobilisées. Les participants de Côte d'Ivoire comptent principalement (57,1 pour cent) sur l'épargne, tandis que les traitements médicaux gratuits ne sont quasiment

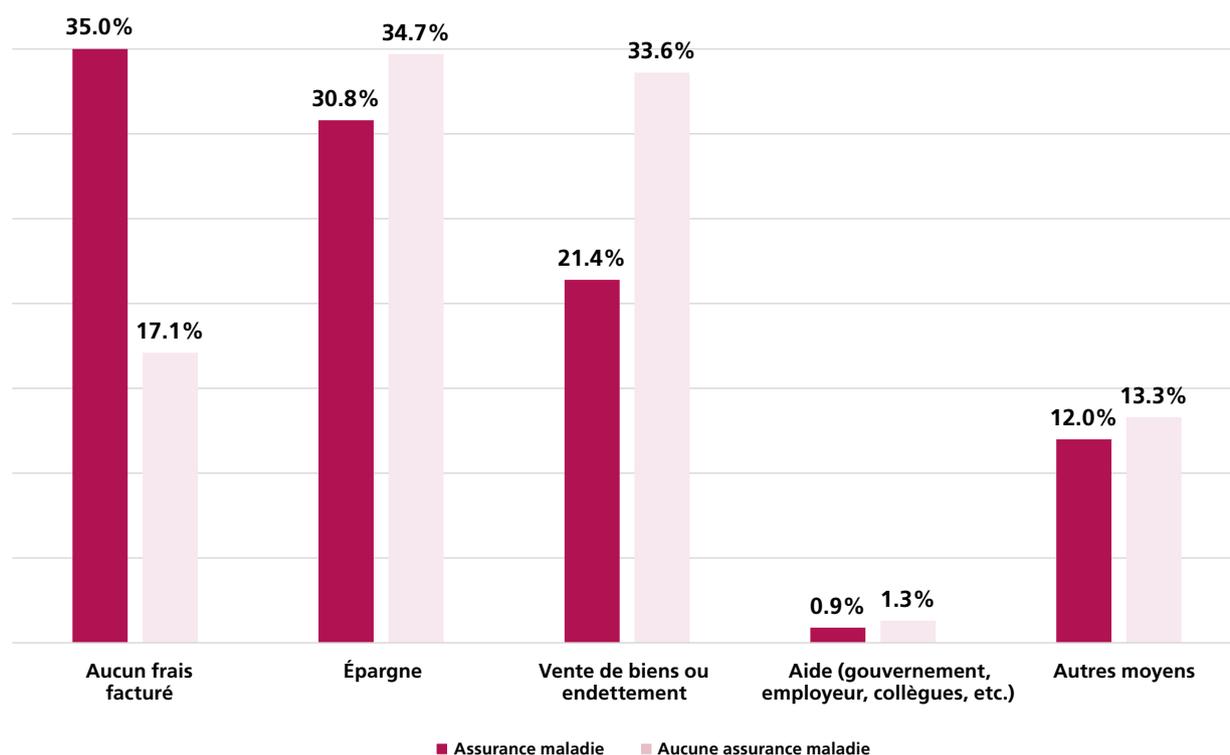
accessibles à personne (6,8 pour cent). Les Kenyans comptent moins sur l'épargne (33,9 pour cent) et ont un meilleur accès aux traitements sans avoir à en payer les frais (20,8 pour cent).

Nos conclusions sont pleinement confirmées par les chiffres de l'OMS concernant les paiements directs (PD) tels qu'ils sont présentés dans le tableau 1, qui place la Zambie devant le Kenya et la Côte d'Ivoire en ce qui concerne les paiements personnels les plus faibles pour les traitements médicaux. Le Bénin et le Sénégal accusent un certain retard sur les autres.

Le niveau élevé de gratuité des services en Zambie reflète une politique introduite il y a quelques années qui propose des forfaits de soins de santé primaires gratuits (au niveau du district). Le fait qu'environ 50 pour cent des patients paient encore pour des services médicaux indique soit un traitement médical dépassant le niveau des soins de santé primaires, soit des contraintes de capacité et des déficits de financement qui limitent le recours aux soins médicaux gratuits. Nous pouvons ainsi supposer que cette nouvelle politique de santé est l'une des principales raisons pour lesquelles moins de patients en Zambie doivent vendre une propriété ou contracter des prêts qu'au Kenya et au Sénégal.

Au Kenya, divers programmes sont à l'œuvre, ce qui explique pourquoi environ 20 pour cent des participants ont déclaré avoir eu accès à un traitement médical gratuit. Une des principales raisons est l'adhésion assez répandue à des

Figure 13
Kenya — Sources de financement des traitements médicaux par les membres de l'assurance maladie



régimes d'assurance maladie. La figure 13 illustre l'incidence de la souscription à un régime d'assurance maladie sur le paiement des factures de santé. La part de ceux qui sont contraints de vendre des biens ou d'emprunter de l'argent pour payer un traitement médical diminue de 33,6 à 21,4 pour cent, tandis que la part de ceux qui ont recours aux services médicaux sans frais supplémentaires passe de 17,1 à 35 pour cent. Les assurances maladie allègent la charge financière qu'entraîne le recours aux soins médicaux.

4.2 SOURCES DE FINANCEMENT DES SOINS MÉDICAUX SELON LA ZONE DE RÉSIDENCE (URBAINE OU RURALE)

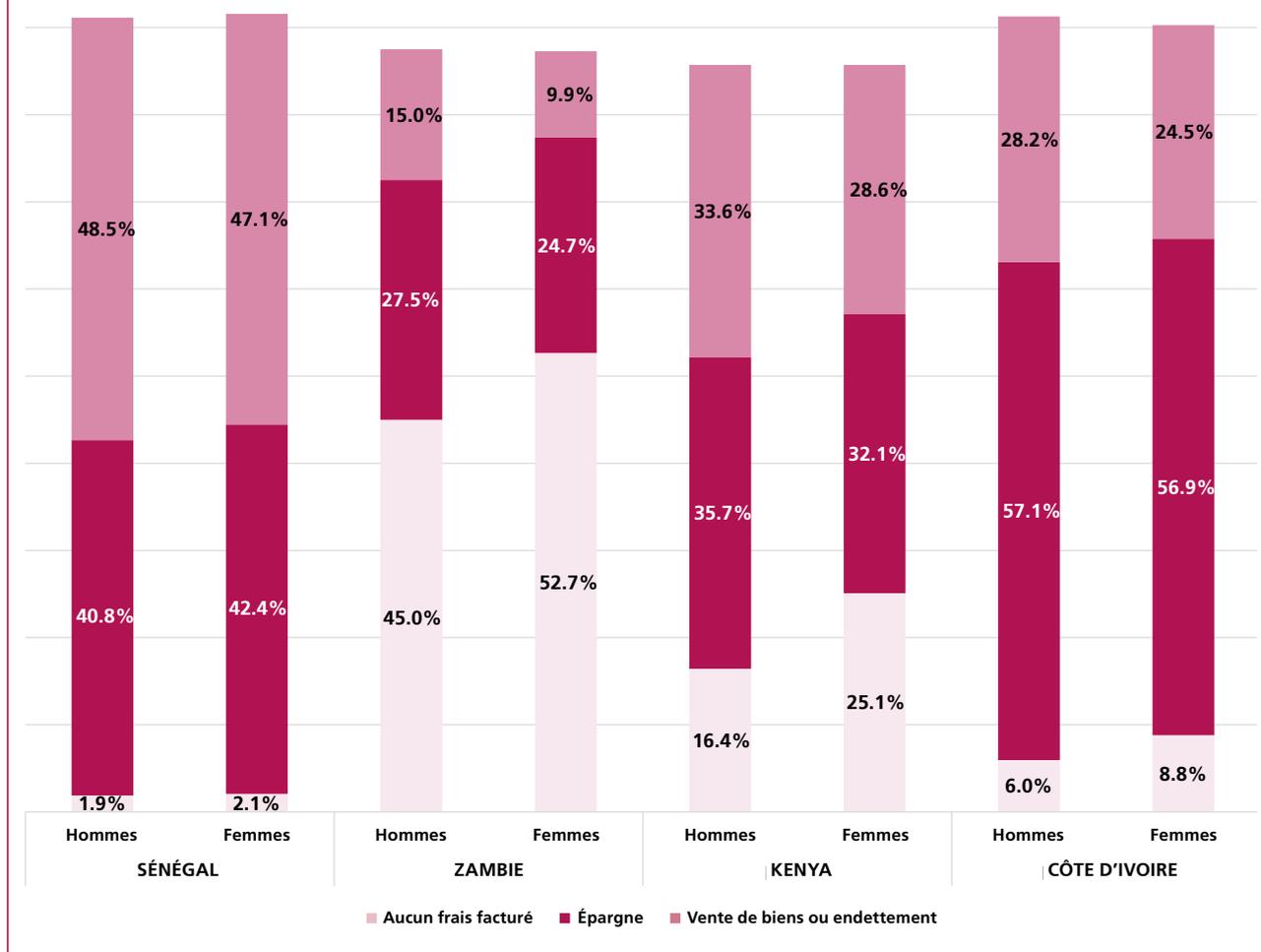
Nous avons regroupé les participants en fonction de leur zone de résidence (urbaine ou rurale) afin de voir si les modes de paiement varient. Les modes de paiement varient,

tel qu'illustré dans la figure 14. Les écarts prennent diverses formes et peuvent être résumés comme suit :

- Les habitants des zones rurales bénéficient davantage de l'introduction de programmes offrant un accès gratuit aux soins médicaux. Si les gouvernements qui ont mis en place des programmes de gratuité des soins ne sont pas disposés à donner la préférence aux populations rurales, les projets des ONG et les initiatives religieuses le font parfois.
- Les habitants des zones urbaines ont une part plus élevée de financement des dépenses médicales à partir de leur propre épargne. Cela peut s'expliquer par leurs revenus, en espèces, légèrement plus élevés et leur intégration plus solide dans l'économie monétaire.
- Les habitants des zones urbaines et rurales ont un taux similaire de mobilisation de fonds provenant d'autres sources, mais ils choisissent des voies différentes. Les



Figure 15
 Quatre pays — Sources de financement des soins médicaux selon le sexe



patients des zones rurales vendent plus souvent leurs biens que ceux des zones urbaines, tandis que les citadins optent plus souvent pour des prêts en espèces.

Les principales différences entre les résidents urbains et ruraux dans le règlement de leurs factures de santé semblent être liées au mode de production. La majorité des habitants des zones rurales sont des agriculteurs qui possèdent quelques terres, du matériel agricole ou des produits agricoles qu'ils peuvent vendre pour obtenir l'argent nécessaire à un traitement médical, tandis que les habitants des zones urbaines possèdent moins de biens et sont obligés de s'endetter lorsque le besoin d'un traitement médical se fait sentir. Les deux modes de mobilisation de fonds engendrent ensuite des pressions financières sur les patients. Nos données ne nous permettent pas de préciser davantage les effets négatifs de ces stratégies de mobilisation. L'analyse ne permet pas de conclure si l'accès à un traitement médical soumet les habitants des zones rurales à un stress « après-coup » plus important que celui des citadins. En revanche, nos données indiquent clairement que le taux élevé de financement des frais de santé par la vente de biens et l'obtention de prêts constitue une lourde charge financière pour les deux groupes.

4.3 SOURCES DE FINANCEMENT DES SOINS MÉDICAUX SELON LE SEXE

La vente de moyens de production ou le fait de s'endetter pour payer un traitement médical devient un handicap économique pour l'avenir et peut plonger les ménages dans un cycle de la pauvreté. Ces menaces dépendent-elles du fait que les ménages soient gérés par des hommes ou par des femmes ?

La figure 15 représente la répartition de l'échantillon entre les ménages dirigés par des hommes et ceux dirigés par des femmes. Aucune différence significative n'est perceptible au Sénégal et en Côte d'Ivoire. En Zambie et au Kenya, les ménages dirigés par une femme semblent être dans des conditions plus favorables, dans la mesure où ils ont plus fréquemment recours aux soins médicaux sans payer et sont donc moins contraints de recourir à des financements externes provenant de la vente de biens et de prêts.

Nos résultats indiquent que les programmes et politiques visant à réduire les paiements directs sont bénéfiques pour tous les ménages, mais qu'ils peuvent favoriser les ménages

dirigés par des femmes. Néanmoins, confirmer ce constat nécessiterait une analyse plus détaillée que nous ne pouvons entreprendre.

4.4 SOURCES DE FINANCEMENT DES SOINS MÉDICAUX SELON LE REVENU

Nous avons regroupé les participants en fonction de leur niveau de revenu et avons comparé trois modes de paiement des soins médicaux (gratuité, épargne, financement externe) et selon quatre classes de revenus. Les résultats sont présentés dans la figure 16.

Au Sénégal, il n'existe pas de système solide assurant la gratuité des traitements médicaux ou le remboursement par une assurance, et presque tous les patients, quel que soit leurs revenus, sollicitent des ressources pour couvrir

les coûts. L'épargne et le financement externe sont contra-cycliques. Avec un revenu plus élevé, la capacité d'épargne augmente et les ménages couvrent davantage de traitements médicaux sur fonds propres et la nécessité de mobiliser des fonds par la vente de biens ou l'endettement diminue.

En Zambie, les dispositions relatives à la gratuité des services de santé semblent dépendre du revenu. Les patients pauvres sont moins souvent facturés pour les services de santé que les patients aisés. Bien qu'il puisse s'agir d'un effet voulu d'une politique sociale, il est peu probable que ce soit le résultat du système actuel, qui fournit des services gratuits à tous à l'échelle du district. On peut donc supposer que les patients qui disposent de revenus plus élevés et qui ne sont pas satisfaits des services médicaux offerts gratuitement optent pour d'autres formes de traitement, payantes.

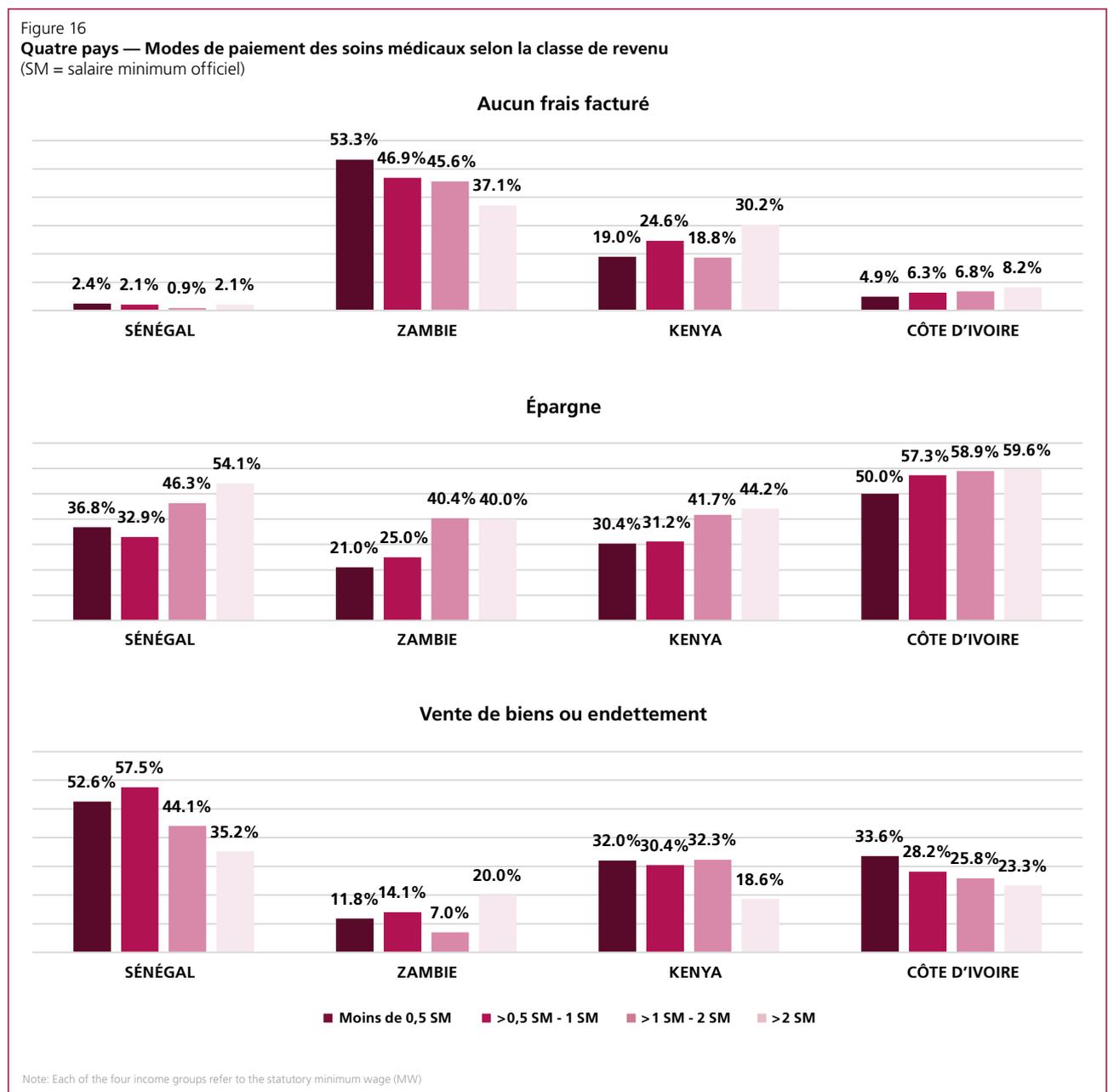
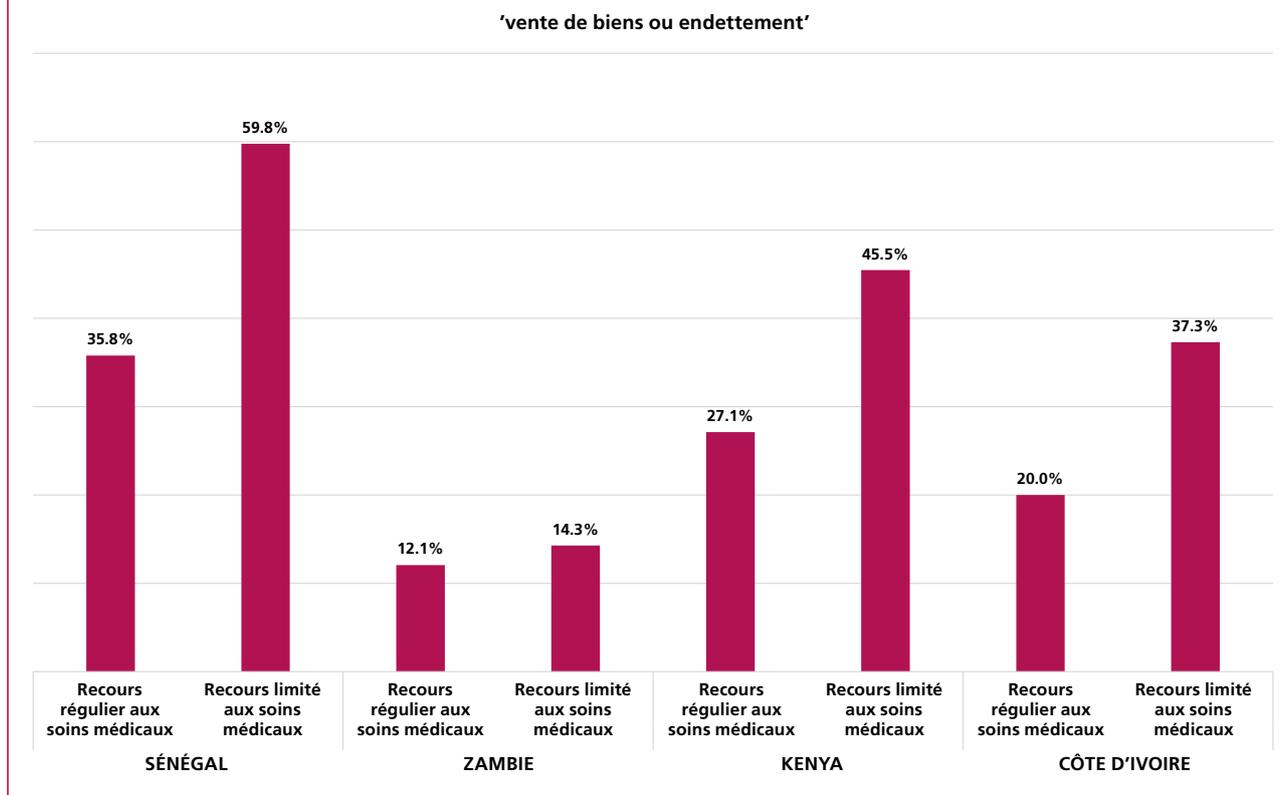


Figure 17
Quatre pays — Recours aux soins médicaux si le financement provient de la vente de biens ou l'endettement



Au Kenya, nous constatons que davantage de patients aisés ont accès à un traitement gratuit. Cet effet résulte de l'adhésion à des régimes de protection de la santé. Une plus grande partie de la population aisée est couverte par une assurance maladie et n'a donc pas besoin de chercher des ressources en cas de choc sanitaire.

La Côte d'Ivoire présente une corrélation positive entre un revenu plus élevé et la mobilisation de l'épargne personnelle, et une corrélation négative entre le revenu et le financement externe. Dans tous les cas, ces liens ne sont toutefois que modestement articulés.

L'effet du revenu sur l'utilisation des fonds peut être résumé comme suit. L'épargne augmente généralement avec le revenu et les personnes les plus aisées sont plus aptes à payer les soins médicaux à partir de leurs réserves que les pauvres. Cet effet est observable dans l'ensemble des quatre pays. Les ménages plus aisés sont plus à même de payer leurs factures de santé grâce à leurs épargnes que les ménages pauvres.

Lorsque des frais sont facturés et qu'il n'y a pas d'épargne disponible, la vente de biens ou la contraction de prêts sont les principales alternatives pour mobiliser des fonds pour un traitement médical. Au Sénégal et en Côte d'Ivoire, ces modes de mobilisation des ressources dépendent du revenu. Les pauvres sont plus à risque que les aisés de devoir vendre leurs biens ou de s'endetter. Cette tendance ne s'observe pas en Zambie et au Kenya.

4.5 DISCUSSION

Nous ne disposons d'aucun document permettant de savoir à quelle fréquence les travailleurs du secteur informel ou les membres de leurs familles ont été malades, combien de fois ils se sont rendus dans des établissements médicaux, quelle était la gravité de chaque maladie et si le type de soins reçus correspondait au traitement nécessaire ; ou si les patients ont « opté » pour des soins médicaux simples parce qu'ils étaient gratuits au lieu de subir une opération chirurgicale et de suivre un traitement médical intensif et coûteux. Ces informations seraient nécessaires pour effectuer une évaluation bien informée.

En outre, nous n'avons pas recueilli d'informations sur les montants des factures de santé et sur la manière dont les dépenses médicales sont liées aux revenus. Dans ce cas également, de telles informations seraient nécessaires pour réaliser une évaluation élaborée de l'accessibilité financière des soins médicaux de qualité.

Nos données apportent un éclaircissement sur la disponibilité auto-évaluée des soins médicaux et sur les conséquences financières du paiement des factures de santé. Nous avançons que les personnes qui sont obligées de vendre des biens ou de s'endetter afin de trouver des fonds pour un traitement médical auront tendance à éviter les visites aux services médicaux dans la mesure du possible afin de ne pas se retrouver dans une situation financière précaire. Cet effet est confirmé par la figure 17. En Zambie, la vente de biens

ou la contraction de prêts sont des sources mineures de financement des soins médicaux et n'ont aucun impact sur le degré de recours aux soins médicaux. Au Kenya, l'effet est déjà perceptible. Lorsque la part du financement externe (vente de biens et endettement) augmente, le recours aux services médicaux diminue. Le même constat est dressé en Côte d'Ivoire et au Sénégal. Au Sénégal, 60 pour cent des participants qui doivent vendre des biens ou s'endetter déclarent qu'ils n'ont pratiquement pas recours aux soins médicaux. De nombreux pauvres sont contraints de se passer de soins non pas parce que les services médicaux ne sont pas disponibles, mais parce qu'ils n'ont pas les moyens de les payer.

5

LES GOUVERNEMENTS ONT-ILS LA VOLONTÉ ET LA CAPACITÉ DE FOURNIR DE MEILLEURS SERVICES PUBLICS ?

5.1 REMARQUES LIMINAIRES

Le fait d'exprimer une forte demande pour un bien public spécifique et d'en réclamer davantage n'implique pas que les gens s'attendent à ce que leur souhait soit honoré ou que les services seront fournis. Deux variables interviennent entre l'identification d'un déficit et l'espoir que le manque identifié dans la fourniture d'un bien public sera bientôt comblé. Premièrement, les gens doivent être convaincus que les décideurs politiques sont prêts à tirer profit de leur position et à mobiliser des ressources pour fournir de meilleurs services publics. Deuxièmement, ils doivent être convaincus que les décideurs politiques sont non seulement disposés à améliorer les services publics, mais qu'ils ont également la capacité technique et financière d'assurer la production et la fourniture de ces services. La volonté de la classe politique et sa capacité organisationnelle doivent toutes deux être présentes afin de répondre aux demandes de la population et de fournir de meilleurs services publics.

L'évaluation de la capacité et celle de la volonté sont deux manières différentes de considérer le rôle de l'État. La capacité caractérise l'ancrage d'une institution par rapport aux autres, ses dotations en droits et en devoirs, et le fait qu'elle dispose des moyens et des compétences nécessaires pour accomplir une certaine tâche. La volonté, dans le contexte présent, caractérise le degré de préparation des dirigeants politiques à arrêter des mesures et à les mettre en œuvre. Il s'agit d'une catégorie psychologique relative à la motivation

individuelle. Elle fait référence au comportement de groupe si un collectif plutôt qu'un individu est responsable.

Afin d'obtenir un aperçu de la confiance des travailleurs du secteur informel en la volonté et la capacité des décideurs politiques à fournir des services, nous avons posé deux questions aux participants :

Q86 : « Dans quelle mesure pensez-vous que les organisations/institutions suivantes se préoccupent des principales priorités que vous avez soulignées ? » (Nous avons fait référence à la sélection des services publics comme première, deuxième et troisième priorité).

Q87 : « 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 améliorer la situation par leurs actions²⁹ ? »

En mettant en relation les deux questions, nous avons identifié quatre groupes de réponses (voir tableau 3) :

²⁹ Lors de l'entretien, les deux questions succédaient directement aux questions sur les priorités dans la demande de meilleurs services publics. Nous pouvons donc supposer que les participants avaient toujours les mêmes priorités que celles qu'ils avaient choisies précédemment et qu'ils étaient en mesure de se référer aux deux nouvelles questions en fonction de leur propre classement des priorités.

Tableau 3

Volonté et capacités des institutions à fournir des services — matrice à quatre champs

| | Les dirigeants se soucient des demandes prioritaires | Les dirigeants ne se soucient pas des demandes prioritaires |
|--|---|--|
| Les institutions ont la capacité de fournir des services | GROUPE I : Les dirigeants en ont la volonté et les institutions en ont la capacité | Groupe III : Les dirigeants n'en n'ont pas la volonté, mais les institutions en ont la capacité (pourraient le faire). |
| Les institutions n'ont pas la capacité de fournir des services | GROUPE II : Les dirigeants en ont la volonté mais les institutions n'en n'ont pas la capacité | Groupe IV : Les dirigeants n'en ont pas la volonté et les institutions n'en n'ont pas la capacité |

Groupe I : Les participants pensent que les dirigeants concernés ont la VOLONTÉ de fournir les services nécessaires et que les institutions responsables ONT la capacité technique de les fournir. Les personnes de ce groupe sont *optimistes* et croient en un leadership réactif (compétent).

Groupe II : Les participants pensent que les dirigeants concernés ont la VOLONTÉ de fournir les services nécessaires, mais que les institutions responsables n'ont PAS la capacité technique de les fournir. Les personnes de ce groupe sont *pessimistes* mais ne blâment pas les institutions pour ce handicap. Les dirigeants sont disposés mais les institutions souffrent d'un manque de ressources.

Groupe III : Les participants pensent que les dirigeants concernés n'ont PAS LA VOLONTÉ de fournir les services nécessaires, même si les institutions responsables ONT la capacité technique de les fournir. Les personnes de ce groupe reprochent à ceux qui dirigent les institutions leur manque d'intérêt, car les capacités sont disponibles mais ils ne veulent pas les utiliser au profit des participants.

Groupe IV : Les participants pensent que les dirigeants concernés n'ont PAS LA VOLONTÉ de fournir les services nécessaires, et que les institutions responsables n'ont PAS la capacité de les fournir. Les personnes de ce groupe pensent que les dirigeants respectifs ne sont pas sans intérêt et que les politiques de l'État (du moins en ce qui concerne les activités visant à produire les services demandés) n'ont aucune pertinence pour leur vie quotidienne.

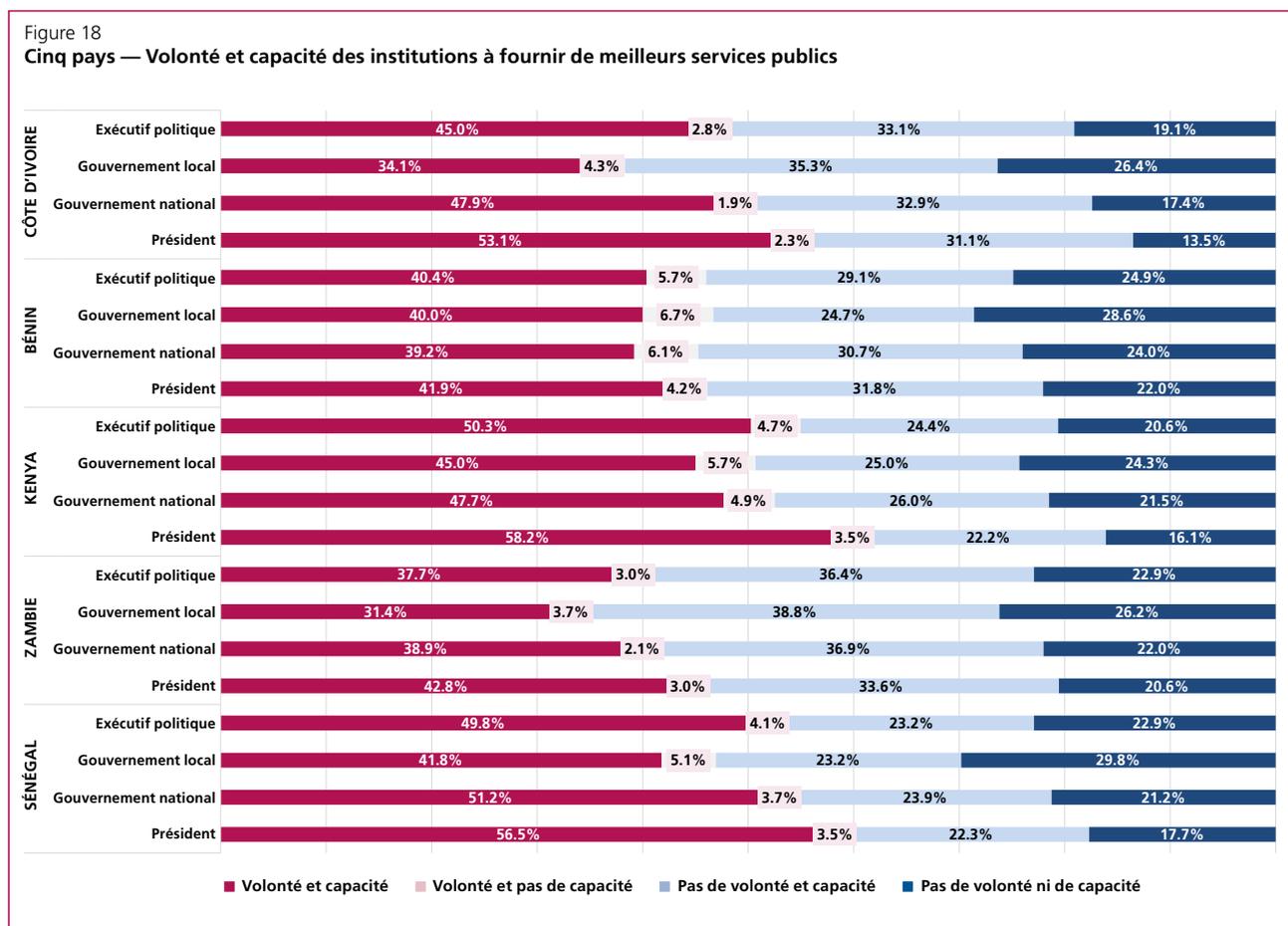
Avant d'examiner les réponses, nous devons clarifier le type d'institutions que nous considérons comme pertinentes pour produire et fournir des services. Nous avons précédemment posé la question de l'amélioration des services publics, sous-entendant que les services publics sont assurés par des acteurs étatiques. Dans notre liste d'institutions, « le président », « le gouvernement national » et « le gouvernement local » sont définis comme « l'exécutif de l'État ». Nous ne tenons pas compte du « parlement national » et des « partis politiques », dans la mesure où ils constituent des composantes d'une structure étatique moderne, mais ne sont pas concernés par l'exécution des projets. Nous excluons également les institutions et les organisations qui peuvent jouer un rôle dans la mise en œuvre des projets, telles que les « chefs traditionnels » ou les « ONG nationales et internationales », qui, d'un point de vue juridico-technique, ne sont pas des institutions étatiques, même si elles sont amenées à intervenir pour fournir des services lorsque les institutions étatiques ne le font pas.

5.2 DE LA VOLONTÉ ET DE LA CAPACITÉ DE L'EXÉCUTIF DE L'ÉTAT

« Le président », le « gouvernement national » et le « gouvernement local » sont les organes décisionnels clés de la mise en œuvre des départements et agences techniques

de l'État dans la fourniture de services publics améliorés et plus nombreux. L'opinion de nos participants sur la volonté des trois acteurs que nous désignons sommairement comme « l'exécutif de l'État » de mobiliser l'appareil d'État pour la production de services est révélatrice à plusieurs égards (voir figure 18) :

- *Confiance en la capacité des institutions en charge (groupes I + III)* : Dans les cinq pays, une grande majorité de la population est convaincue que les institutions en charge ont la capacité technique de produire et de fournir de meilleurs services publics. Au Bénin, cette opinion positive est partagée par 69,5 pour cent des personnes, au Sénégal par 73 pour cent, en Zambie par 74,1 pour cent, au Kenya par 74,7 pour cent et en Côte d'Ivoire par 78,1 pour cent. Ceux qui doutent des capacités des institutions en charge constituent une nette minorité. Le point de vue optimiste prévaut clairement.
- *Confiance en la volonté des dirigeants (groupes I + II)* : Ici, les participants dressent un tableau plus pessimiste. En moyenne, seule la moitié des personnes croit que les principaux agents de l'État ont la volonté de fournir de meilleurs services (40,7 pour cent en Zambie, 46 pour cent au Bénin, 49,8 pour cent en Côte d'Ivoire, 53,9 pour cent au Sénégal et 55 pour cent au Kenya).
- *Les dirigeants ont la volonté, mais les institutions responsables n'ont aucune capacité (groupe II)* : Aucun des cinq pays ne compte un nombre considérable de personnes qui souscrivent à l'idée que l'exécutif de l'État a la volonté, mais qu'il est handicapé par des institutions incapables de tenir leurs promesses. Seuls 5 pour cent ou moins des participants répondent de cette manière. Les gens croient que si les institutions étatiques sont disposées à agir, elles sont capables de le faire. Notre matrice à quatre champs se réduit donc de facto à un modèle à trois groupes.
- *Les institutions en charge ont la capacité, mais les dirigeants n'ont pas la volonté d'agir (groupe III)* : Un autre groupe comprend ceux qui pensent que les institutions publiques ont la capacité technique et financière, mais que les dirigeants ne sont pas prêts à agir. Les dirigeants pourraient améliorer la prestation de services s'ils le souhaitent, mais ils n'ont aucun intérêt à le faire. Ce groupe comprend 23,2 pour cent des participants au Sénégal, 24,4 pour cent au Kenya, 29,1 pour cent au Bénin, 33,1 pour cent en Côte d'Ivoire et, le plus élevé de tous, 36,4 pour cent en Zambie.
- *Les dirigeants n'ont pas la volonté et les institutions manquent de capacités (groupe IV)* : Un autre groupe important, auquel 16 à 30 pour cent des participants adhèrent, est celui des personnes qui considèrent que les acteurs étatiques sont disposés à agir, mais sont incapables de le faire en raison de ressources limitées.



A l'exception du Bénin, où les trois composantes de l'exécutif politique sont évaluées de la même manière, les autres pays ont une évaluation plus positive du président, précédant le gouvernement national, qui à son tour précède les gouvernements locaux en ce qui concerne leur volonté de performance et leur capacité de mise en œuvre.

Le résultat positif demeure dans le fait qu'une large majorité des participants (groupes I + III) pense que les institutions publiques ont en principe la capacité de fournir de meilleurs services de santé. Cela n'a rien d'étonnant. Aucun des services figurant sur notre liste n'est nouveau et les institutions publiques ont prouvé à maintes reprises qu'elles sont en mesure de fournir en qualité et en quantité si les dirigeants leur donnent des instructions en ce sens. La grande majorité n'exprime donc aucune hostilité envers l'État en tant que tel.

Dans l'ensemble, cependant, une proportion alarmante de 50 pour cent des participants au Kenya et au Sénégal et une majorité encore plus nette de 57 pour cent en Côte d'Ivoire, 60 pour cent au Bénin et 62 pour cent en Zambie doutent que l'exécutif de l'État améliorera les services publics dans les domaines de leurs demandes prioritaires (groupes II + III + IV). Environ la moitié d'entre eux pensent que les institutions en charge n'ont pas la capacité de le faire (groupes II + IV : 24 à 31 pour cent), tandis que l'autre moitié pense que la non-performance est liée au manque de volonté des dirigeants de faire leur travail (groupe III : 23 à 36 pour cent).

Le déficit d'offre de services perçu par les participants correspond à un manque de volonté perçu de la part des dirigeants, ce qui devrait certainement être une préoccupation politique pour tout gouvernement³⁰.

³⁰ La plupart des services figurant sur notre liste sont des services dont la fourniture est fortement liée au gouvernement central. Nous nous abstenons donc ici d'interpréter les évaluations inférieures attribuées aux administrations locales. L'image globale ne changerait pas de manière substantielle si nous ignorions complètement les évaluations des administrations locales.

6

LES TRAVAILLEURS DU SECTEUR INFORMEL SONT-ILS PRÊTS À SOUSCRIRE À UN RÉGIME D'ASSURANCE ET PAYER UNE PRIME ?

Il existe plusieurs façons de déterminer le degré de d'importance que les participants accordent à l'amélioration des services de santé. Classer l'urgence avec laquelle les gens réclament un certain service constitue une approche ; examiner leurs actions visant à améliorer une situation déplorable avec leurs propres moyens en est une autre. Une autre solution consiste à adhérer à un régime d'assurance maladie et à payer des primes régulières afin de réduire les dépenses personnelles en cas de chocs sanitaires. De nombreux pays ont rendu l'adhésion aux régimes d'assurance maladie obligatoire pour certaines catégories d'emploi, mais elle reste volontaire dans d'autres cas. Cependant, si les infrastructures pour les prestataires de services ne sont pas disponibles, même les plus volontaires seront contrariés.

6.1 ADHÉSION À DES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE

La figure 19 montre dans quelle mesure les personnes exerçant un emploi informel ont adhéré à un régime d'assurance maladie. Ce n'est qu'au Kenya qu'un nombre important de travailleurs du secteur informel sont couverts par une assurance maladie. Tous types d'assurance combinés (publique,

privée et de microfinance), un travailleur sur quatre (25,6 pour cent), y bénéficie d'une protection médicale par l'assurance. Pour les autres pays, ces chiffres sont de 10,3 pour cent (Côte d'Ivoire), 8,2 pour cent (Sénégal), 2,3 pour cent (Bénin) et 2,1 pour cent (Zambie).

Le faible taux de couverture d'assurance maladie en Zambie peut être en partie dû à la disponibilité d'un système de soins de santé universel financé par l'impôt au niveau primaire, les traitements de santé au niveau secondaire y étant à la charge du patient. En général, il faut noter de très faibles taux de couverture pour tous les pays. Cela peut s'expliquer de différentes manières. Les gens peuvent ne pas apprécier l'assurance maladie, ils peuvent ne pas comprendre ce qu'est un régime d'assurance et son mode de fonctionnement, ils peuvent ne pas avoir accès à l'assurance maladie si aucun régime ne leur est proposé, ou ils peuvent ne pas être en mesure de payer la prime d'adhésion.

Les données illustrent cependant certaines disparités de couverture par sexe (figure 20). Dans tous les pays, les femmes affichent un niveau d'adhésion plus élevé, chiffre d'autant plus statistiquement important au Sénégal et au Bénin. Cependant, en raison du faible taux d'adhésion,

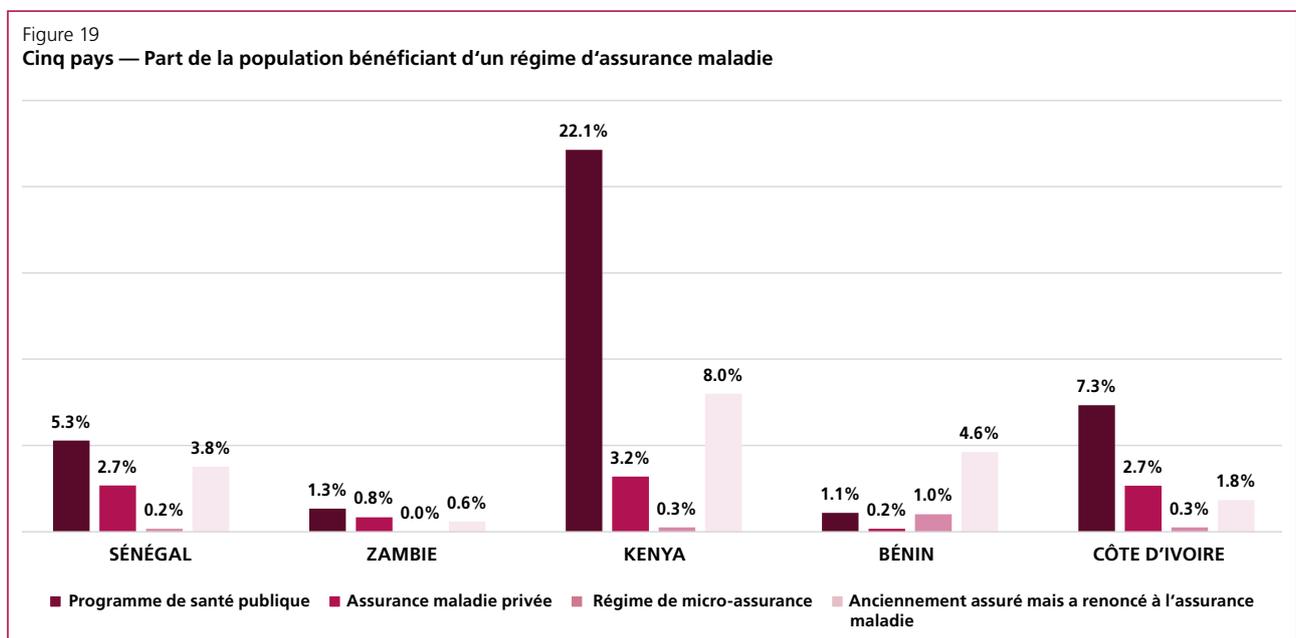
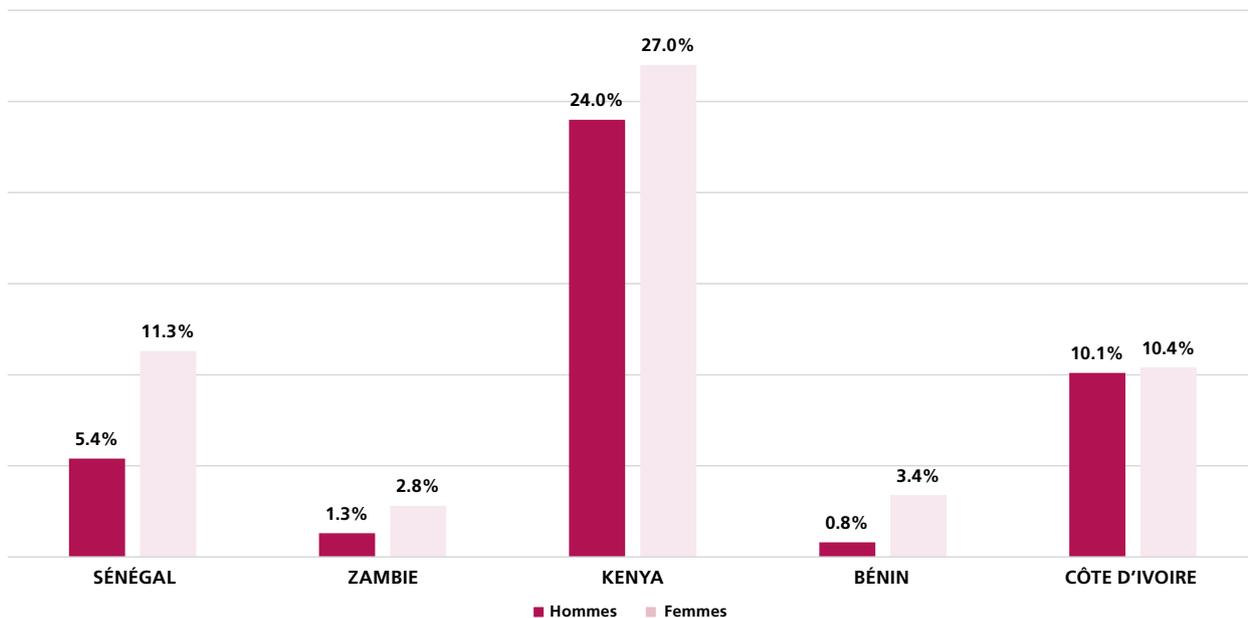
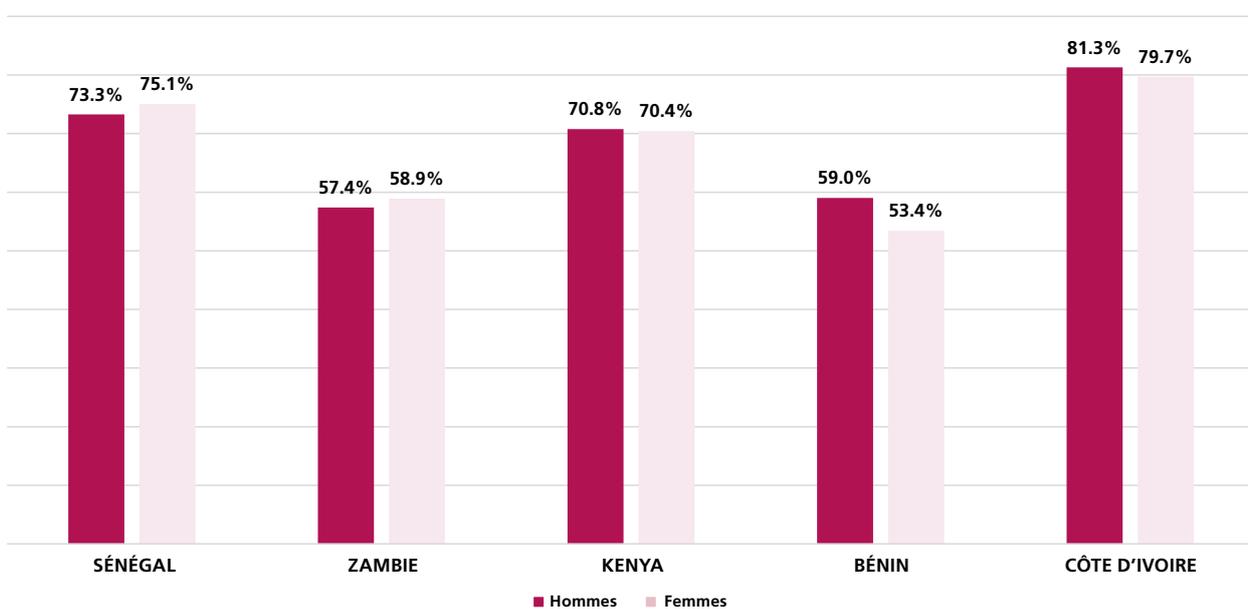


Figure 20
Cinq pays — Part d'adhésion aux régimes d'assurance maladie selon le sexe



Note: See Appendix III for statistical computations

Figure 21
Cinq pays — Intérêt des non-membres à souscrire à un régime d'assurance maladie selon le sexe



Note: Question posed as yes/no alternative to persons who are not members of a health insurance scheme. See Appendix III for statistical computations.

nous devons nous abstenir de surestimer l'importance de ces différences, qui peuvent s'estomper si le nombre moyen de membres augmente substantiellement.

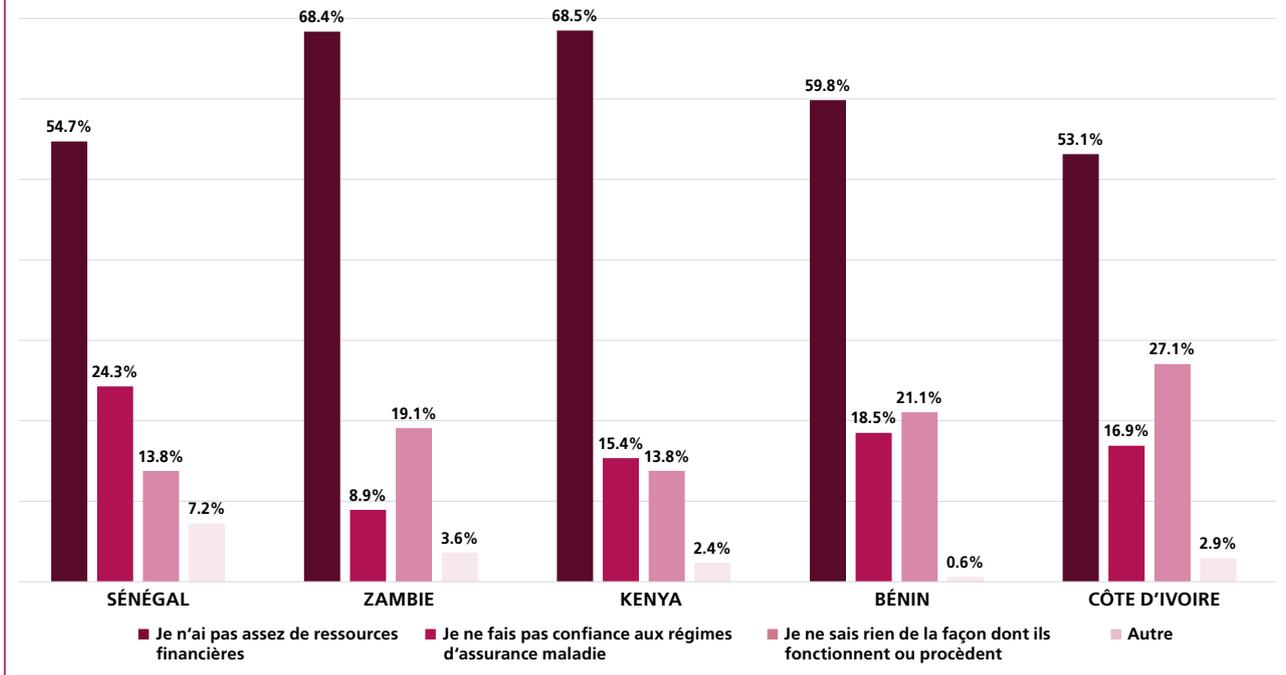
6.2 VOLONTÉ DE SOUSCRIRE À UN RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

Pour mieux comprendre ce que les gens savent et pensent des régimes de protection de la santé, nous avons deman-

dé à ceux qui ne sont pas couverts s'ils étaient intéressés à y adhérer. Lorsque les gens n'étaient pas intéressés, nous leur avons demandé pourquoi, s'ils seraient prêts à payer une prime, et combien ils seraient prêts à payer.

Les résultats sont révélateurs. Dans les cinq pays, une nette majorité de participants qui ne sont pas encore affiliés à un régime d'assurance maladie sont intéressés à y adhérer (voir la figure 21). Les employés du secteur informel en Côte d'Ivoire, au Sénégal et au Kenya manifestent un très grand intérêt pour

Figure 22
Cinq pays — raison de la non-adhésion à un régime d'assurance maladie



l'adhésion. Quant au Bénin et à la Zambie, nombreux y sont favorables mais environ 40 pour cent d'entre eux sont très réticents et ne sont pas disposés à être couverts par un système de protection de la santé. Aucun des pays n'affiche de différence d'intérêt statistiquement significative selon le sexe.

Pourquoi les gens ne seraient-ils pas disposés à devenir membres d'un programme de protection ? Nous avons proposé trois options de réponse principales : (i) Je n'ai pas les ressources financières nécessaires pour payer une prime sur une base régulière ; (ii) je ne fais pas confiance à l'assurance maladie ; et (iii) je n'ai aucune connaissance du fonctionnement de ces systèmes. Comme toujours, les participants pouvaient fournir des raisons supplémentaires si aucune des trois options proposées ne reflétait leurs points de vue.

Les données montrent un profil de réponses similaire dans les cinq pays (voir figure 22). Une forte majorité a indiqué que le manque de moyens financiers était la principale raison du choix de ne pas devenir membre. Le manque de confiance dans ces programmes est le plus élevé au Sénégal (24,3 pour cent) et le plus faible en Zambie (8,9 pour cent), tandis que l'ignorance de leur fonctionnement est indiquée par 27,1 pour cent en Côte d'Ivoire, suivie du Bénin (21,1 pour cent). Si nous soutenons que l'ignorance est avant tout une question d'information et d'éducation, et qu'une campagne d'information publique bien conçue pourrait réduire ce groupe à un niveau négligeable, nous nous retrouvons avec la pauvreté et la méfiance comme principaux arguments contre les régimes d'assurance maladie³¹.

6.3 DISPONIBILITÉ À PAYER UNE PRIME POUR UN RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

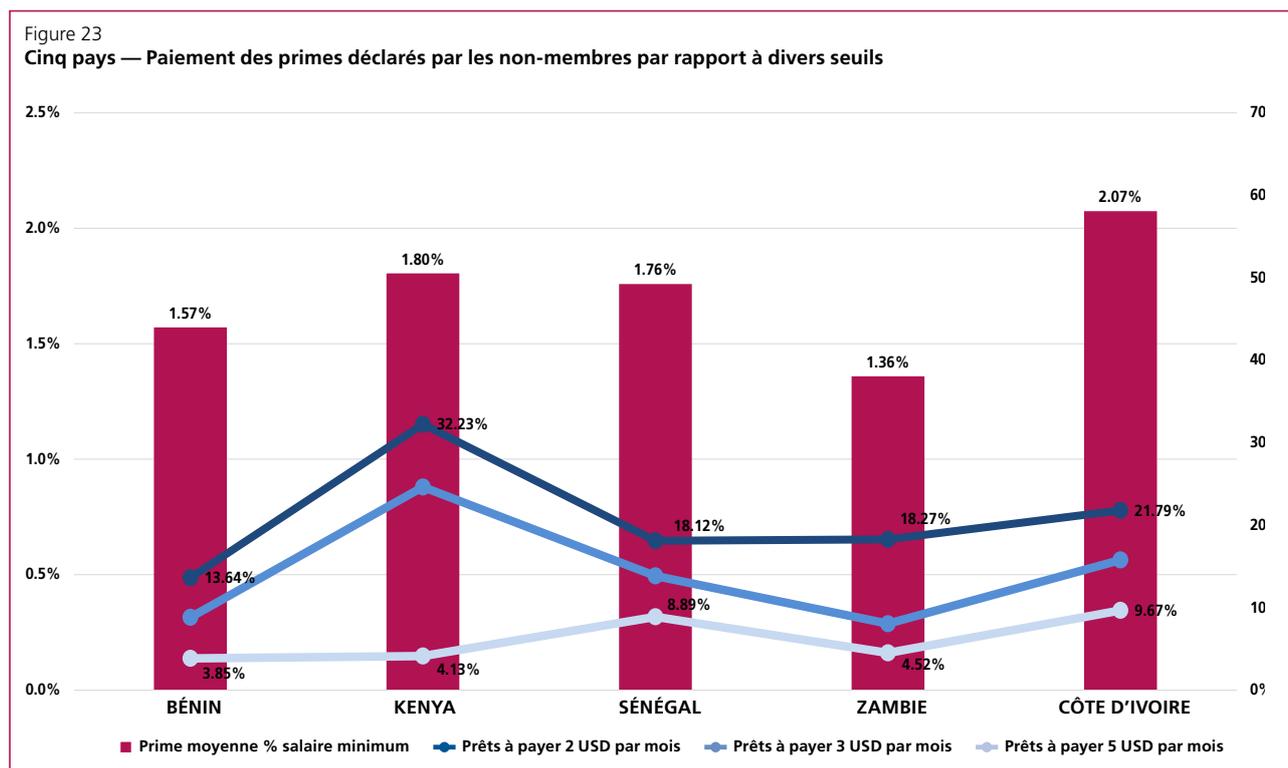
Certaines personnes pourraient penser que l'adhésion à un système de protection de la santé est gratuite. Pour éviter de telles idées fausses, les participants ont été informés que « l'adhésion signifie de contribuer régulièrement à un régime afin de recevoir une compensation financière en cas de besoin ». Après avoir expliqué le fonctionnement financier d'un régime, nous avons posé la question suivante : « Quel montant de prime seriez-vous prêt à payer ? »

Certes, il n'est pas possible d'obtenir des réponses mûrement réfléchies sur le montant exact que les gens sont prêts à payer lors d'un tel entretien. Une question sur le niveau de la prime ne pourrait donner des résultats raisonnables que si une campagne d'information bien conçue était en cours sur ce que couvre un régime de protection de la santé et était largement débattue. Notre intention était (i) de confirmer à nouveau la disposition des gens à adhérer à un régime de santé même si cela a un coût, et (ii) d'établir un niveau approximatif du montant de prime que les participants jugent raisonnable dans une situation de réponse spontanée.

En moyenne, les participants étaient prêts à payer les montants mensuels suivants sous forme de primes : 628,48 francs CFA (CFA) au Bénin ; 234,60 shillings (KES) au Kenya ; 967,41 CFA au Sénégal ; 20,39 kwacha (ZMW) en Zambie ; et 1 140,64 CFA en Côte d'Ivoire. Pour comparer ces

31 En effectuant un tri croisé de la question sur les raisons du refus d'adhérer à un régime de santé et des questions sur le revenu et l'éducation, on constate que les participants les plus pauvres cochent

plutôt l'option indiquant un manque de moyens financiers, tandis que les participants ayant un niveau d'éducation plus élevé ont tendance à cocher l'option concernant la méfiance.



paiements au-delà des frontières, nous les avons calculés en pourcentage du salaire minimum légal mensuel. De plus, nous avons comparé les déclarations sur le paiement des primes à divers seuils, et calculé la part de ceux qui étaient prêts à payer au-dessus d'un certain niveau de prime. Nous avons retenu deux, trois et cinq dollars américains (USD) comme seuils. Les résultats sont résumés dans la figure 23.

Les participants qui ne sont pas encore membres d'un système de protection de la santé et qui manifestent un intérêt à adhérer n'étaient pas surpris que l'adhésion ait un coût. À l'exception de quelques personnes qui ont déclaré ne rien vouloir payer, une grande majorité de participants ont indiqué qu'ils étaient prêts à contribuer. Relativement au salaire minimum légal, les montants moyens de primes d'assurance mentionnés par les participants se situaient entre 1,36 pour cent en Zambie et 2,07 pour cent en Côte d'Ivoire. Les montants très similaires mentionnés nous permettent de supposer qu'il existe des attitudes similaires à l'égard des paiements potentiels de primes dans les cinq pays de notre échantillon.

À premier abord, 1,4 à 2,1 pour cent du salaire minimum semble être une somme plutôt faible que les gens seraient prêts à payer pour souscrire à un régime d'assurance maladie. Cependant, nous devons tenir compte du fait que la référence fixée par le salaire minimum est assez élevée. Le salaire minimum est une exigence légale généralement ignorée dans l'emploi informel et 70 à 80 pour cent des participants gagnent en dessous de ce revenu de référence³². En

tenant compte de cela, la part relative du revenu que de nombreux participants sont prêts à verser à un régime de santé augmente considérablement, entre 2 et 5 pour cent de leurs gains.

Pour mieux en comprendre l'importance financière, nous avons converti les montants déclarés par les participants en USD et compté le nombre de participants qui étaient prêts à payer au-dessus des seuils que nous avons fixés. Si l'on considère la somme de référence inférieure de deux USD, la part de ceux qui sont prêts à payer un tel montant varie entre 13,6 pour cent (Bénin) et 32,2 pour cent (Kenya). Lorsque nous appliquons des seuils plus élevés, l'intérêt pour un régime de santé diminue. Le seuil de trois USD n'affecte pas les intérêts liés à un régime au Kenya, toujours à 25 pour cent, alors qu'ils diminuent à 16 pour cent en Côte d'Ivoire, et plus dans les autres pays. L'intérêt tombe en dessous de 10 pour cent dans tous les pays lorsque la prime est portée à cinq USD par mois.

Le Kenya est susceptible d'être le leader des cinq pays couverts par notre étude car il possède le plus grand marché pour les régimes d'assurance maladie. Il existe de nombreuses compagnies d'assurance maladie privées en activité et le gouvernement est le principal acteur, avec sa Caisse nationale d'assurance maladie (NHIF). Le nombre assez élevé d'assurés peut constituer un facteur supplémentaire pour faciliter la diffusion d'informations sur les procédures et les avantages des régimes de protection et peut contribuer à l'intérêt des personnes à l'affiliation.

En confrontant les déclarations des participants à un « test de réalité », nous comparons les paiements de primes déclarés aux coûts des régimes existants. Au Kenya, le NHIF à une

32 La FES publiera ultérieurement les données sur la situation socio-économique de l'emploi informel dans les quatre pays.

échelle de primes détaillée pour les employés, qui commence à 150 KES (mensuel) pour un salaire ne dépassant pas 5 999 KES, et atteint 1 700 KES pour un salaire de 100 000 KES ou plus. La classe de revenu la plus basse de notre étude (inférieure à 6 500 KES) a déclaré qu'elle était disposée à payer une prime mensuelle de 195,2 KES tandis qu'elle devrait payer une prime NHIF de 150 KES à 300 KES (voir tableau 4). On peut donc supposer que la prime envisagée par la majorité de notre classe de revenu la plus basse les qualifierait déjà pour l'adhésion au NHIF.

Le deuxième groupe de revenu le plus bas de notre étude (6 500 KES à 13 000 KES) est prêt à payer en moyenne 230 KES, mais serait facturé par la NHIF entre 300 KES et 500 KES. Nos participants sont donc prêts à payer entre 77 et 46 pour cent de ce que le NHIF demande comme contribution.

La liste des primes de la NHIF met également en évidence les différents taux de couverture des employés et des travailleurs indépendants. Les travailleurs indépendants ne sont pas regroupés en classes de revenus mais sont soumis à un forfait fixe de 500 KES. Ce montant a pour conséquence de mettre le coût hors de portée de la plupart de nos participants. Supposons que le gouvernement mette en place une

politique de subvention des cotisations à hauteur de 50 pour cent, la prime NHIF s'élèverait alors à 250 KES par mois pour les travailleurs indépendants. La plupart des travailleurs indépendants de notre étude seraient disposés et en mesure d'y adhérer.

Appliquée au cas du Bénin, la même approche produit des résultats similaires. Si la prime que nos participants sont prêts à payer varie entre 566 CFA et 1 076 CFA, en fonction de leurs revenus, le montant facturé par trois régimes de référence (mutuelle, CMPS, RAMU) varie entre 850 CFA et 1 200 CFA. En moyenne, les participants au Bénin sont prêts à payer au moins 50 pour cent de la prime facturée par les régimes de protection de la santé existants (voir tableau 5). Avec une subvention gouvernementale de 50 pour cent, presque tous les employés informels seraient intéressés à adhérer à un régime contributif de protection de la santé.

Nous devons souligner à nouveau que nos résultats ne peuvent être considérés que comme une approximation. Une évaluation de fond de l'acceptation effective d'une prime d'assurance ne peut être effectuée que lorsque les personnes se voient présenter un régime de protection particulier et une liste de prix définitive. Grâce à notre sondage,

Tableau 4

Kenya — Comparaison des coûts d'adhésion au NHIF et des montants des primes que les participants sont prêts à payer

| Groupes de revenus | Salaire mensuel des travailleurs du secteur informel (KES) | | | |
|--|--|--------------|---------------|-----------------|
| | Moins de 6 500 | 6 500–13 000 | 13 001–25 000 | 25 001–100 000 |
| Payeurs consentants | 57,04 % | 29,55 % | 10,31 % | 3,09 % |
| Prime mensuelle (moyenne) | 195,19 | 229,55 | 265,27 | 289,39 |
| % du SM (13 000) | 1,50 % | 1,77 % | 2,04 % | 2,23 % |
| Prime NHIF (KES, mensuelle) pour les employés | 150–300 | 300–500 | 500–750 | À partir de 850 |
| Prime NHIF (KES mensuel) pour les indépendants | 500 | 500 | 500 | 500 |

Source : Données de l'enquête FES ; www.nhif.or.ke.

Tableau 5

Bénin — Primes d'adhésion aux régimes de santé et primes déclarées

| Groupes de revenus | Salaire mensuel des travailleurs du secteur informel (CFA) | | | |
|--|--|---------------|---------------|----------------|
| | Moins de 20 000 | 20 001–40 000 | 40 001–80 000 | 80 001–320 000 |
| Payeurs consentants | 42,38 % | 31,14 % | 19,42 % | 7,06 % |
| Prime mensuelle (moyenne) | 566 | 595 | 1 076 | 543 |
| % du SM (40 000) | 1,42 % | 1,49 % | 2,69 % | 1,36 % |
| Contribution mensuelle pour la mutuelle de santé | 1 200 | 1 200 | 1 200 | 1 200 |
| Contribution mensuelle pour le CMPS | 850 | 850 | 850 | 850 |
| Contribution mensuelle pour le RAMU | 1 000 | 1 000 | 1 000 | 1 000 |

Source : Données de l'enquête FES ; communication personnelle.

nous n'avons pu explorer que les sentiments généraux des participants sur la valeur des régimes d'assurance maladie. L'analyse confirme que l'adhésion est une priorité sur leur agenda social. Une majorité dans les cinq pays est prête à adhérer, elle est consciente que l'adhésion à un coût et elle est prête à payer une prime. La majorité de ceux qui hésitent à adhérer identifient le manque de revenus comme la principale raison.

Enfin, nous pouvons regrouper notre échantillon en trois groupes. D'abord, il y a ceux qui sont prêts à adhérer mais n'ont pas les moyens financiers. Pour eux, la couverture n'est possible que si l'adhésion est gratuite et si la prime est entièrement ou majoritairement subventionnée par les caisses publiques. Ensuite, il y a ceux qui sont disposés à adhérer à un programme et ont les moyens d'y contribuer; tous les membres de ce groupe ne sont peut-être pas en mesure de payer la prime dans son entièreté, mais ils sont prêts à partager. Puis il y a ceux qui sont non seulement disposés à adhérer, mais ont également les moyens de couvrir intégralement la prime, au moins pour un régime médical de base. Nous n'avons pas établi la raison pour laquelle les membres de ce groupe n'ont pas encore adhéré à un programme, mais nous pensons que les difficultés d'accès aux programmes et les raisons logistiques en sont des facteurs clés.

7

CONCLUSION

Les enquêtes nationales de la FES au Bénin, au Kenya, au Sénégal, en Zambie et en Côte d'Ivoire ont été réalisées sous la forme de sondages d'opinion représentatifs au niveau national sur les stratégies utilisées par les travailleurs du secteur informel pour faire face aux exigences de la sécurité sociale. Les enquêtes ont été mises en œuvre pour permettre une comparaison transfrontalière uniforme. Elles reflètent les opinions de 70 à 90 pour cent de l'ensemble de la population active nationale et donc les positions d'une grande majorité de la population active.

Basée sur un volet du sondage, la présente publication porte sur l'importance des services de santé, ainsi que sur la perception de la disponibilité et de l'accès aux soins médicaux. Elle présente les ressources auxquelles les patients ont recours pour couvrir le coût des traitements médicaux. La publication examine les espoirs que les travailleurs du secteur informel placent dans la détermination de leurs gouvernements à améliorer les services. Elle étudie l'intérêt des personnes à adhérer à un régime d'assurance maladie et leur disposition à payer une prime³³. Les principales conclusions peuvent être résumées comme suit :

(1) L'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ EST UNE DEMANDE NATIONALE

Dans le classement des demandes de services publics, les soins de santé occupent la première place. S'il est suivi de près par « de meilleures écoles et une meilleure éducation », l'appel à de « meilleurs services de santé » reste en première position, que l'on prenne pour critère la zone de résidence (urbaine ou rurale), les écarts de revenus, ou les variables démographiques. Dans les cinq pays étudiés, entre 47 et 71 pour cent des participants ont indiqué que l'amélioration des soins de santé était leur premier ou deuxième besoin le plus important. L'appel à de meilleurs soins de santé transcende les clivages sociaux et spatiaux et peut donc être qualifié de priorité nationale.

³³ D'autres volets des entretiens, tels que l'évaluation par les participants de la qualité des services médicaux, les points de vue sur les impôts, les relations entre l'État et les citoyens, l'appartenance à des groupes et les points de vue sur les syndicats, seront publiés dans des rapports distincts.

(2) LE RECOURS AUX SOINS MÉDICAUX EST STRATIFIÉ PAR PAYS, REVENU ET RÉSIDENCE

Le recours aux soins médicaux dans les pays de l'enquête est marqué par de grandes disparités. Au Sénégal et au Bénin, environ 30 pour cent des participants ne cherchent guère à se faire soigner lorsqu'ils tombent malades, tandis qu'en Zambie et au Kenya, seuls 10 pour cent environ font de même. La Côte d'Ivoire se situe entre les deux, mais 24 pour cent des personnes interrogées doivent encore se passer de traitement en cas de choc sanitaire.

Au Sénégal, au Bénin et en Côte d'Ivoire, le clivage urbain-rural et les écarts de revenus se combinent pour donner lieu à d'énormes disparités dans le recours aux soins médicaux. Au Kenya et en Zambie, le recours aux soins médicaux par les résidents urbains et ruraux est assez équilibré et les disparités sont principalement fondées sur le revenu. Le sexe, en revanche, n'est pas une dimension statistiquement pertinente du recours aux soins médicaux.

(3) LE PAIEMENT DES FACTURES MÉDICALES DIFFÈRE D'UN PAYS À L'AUTRE — LES INDICATEURS CLÉS SONT LA GRATUITÉ DES SERVICES ET LA CONTRACTION DE DETTES POUR PAYER LES FACTURES

La disponibilité de services de santé gratuits et l'adhésion à des régimes d'assurance maladie sont des facteurs décisifs pour déterminer dans quelle mesure la maladie et les traitements médicaux deviennent un risque financier pour les ménages. Lorsqu'il existe un système de santé primaire gratuit, comme c'est le cas en Zambie, rares sont ceux qui sont contraints de vendre des biens ou de contracter un prêt pour mobiliser les fonds nécessaires au traitement.

Dans les pays où il n'existe pas de système de soins médicaux gratuits à grande échelle, s'endetter ou vendre des biens est une triste réalité pour de larges pans de la population. L'adhésion à un régime d'assurance maladie produit les effets inverses : elle permet de recourir à des soins médicaux avec moins de risques d'endettement.

(4) LA PAUVRETÉ EST UN FACTEUR DÉTERMINANT DANS LE RECOURS AUX SERVICES MÉDICAUX

L'établissement d'un lien entre le recours aux soins médicaux et les revenus des patients permet d'affirmer avec force que plus les revenus d'une personne sont faibles, plus la probabilité qu'elle s'endette est élevée. Le revenu est un facteur déterminant de l'accès aux soins médicaux et la pauvreté empêche les gens de veiller à leur santé.

(5) LES ASSURANCES MALADIE ET LA GRATUITÉ DES SERVICES CONTRIBUENT À DISSOCIER LE RECOURS AUX SERVICES MÉDICAUX DE LA PAUVRETÉ

La gratuité des services de santé et la couverture d'assurance maladie améliorent le recours aux services médicaux. Ces deux éléments contribuent à dissocier le recours aux soins médicaux de la pauvreté. Notre enquête fournit suffisamment de données probantes sur ce lien dans le cas du Kenya et de la Zambie, mais n'apporte pas de preuves statistiques solides pour le Bénin, le Sénégal et la Côte d'Ivoire en raison du faible développement de ces outils financiers dans ces pays.

(6) CONFIANCE FAIBLE DANS LE GOUVERNEMENT POUR FOURNIR DE MEILLEURS SERVICES PUBLICS

Outre un mécontentement général quant à la manière dont les services médicaux sont organisés, il y a peu d'espoir que les gouvernements des différents pays amélioreront la situation et fourniront davantage de services. Si une majorité de participants exprime sa confiance dans la capacité des institutions de l'État à améliorer les services, beaucoup doutent de la volonté des dirigeants politiques d'agir au nom des citoyens et de mettre en marche la machine administrative de l'État. La légitimité du régime en place est remise en question si la moitié ou plus de la population considère que ses dirigeants politiques ne sont pas disposés à améliorer les services.

(7) LA DEMANDE DE COUVERTURE D'ASSURANCE MALADIE ET LA VOLONTÉ DE PAYER UNE PRIME

Un faible niveau de confiance dans les performances d'un gouvernement oblige les gens à entreprendre leur propre « investissement social » pour faire face aux exigences de la vie. Cela ne se manifeste pas encore fortement par l'adhésion actuelle aux régimes de protection de la santé. À l'exception du Kenya, où le taux d'adhésion s'élève à 22 pour cent, les autres pays de l'enquête présentent des taux de couverture négligeables. Un faible niveau de confiance dans les performances d'un gouvernement oblige les gens à entreprendre leur propre « investissement social » pour

faire face aux exigences de la vie. Cela ne se manifeste pas encore fortement par l'adhésion actuelle aux régimes de protection de la santé. À l'exception du Kenya, où le taux d'adhésion s'élève à 22 pour cent, les autres pays de l'enquête présentent des taux de couverture négligeables.

En appliquant plusieurs « tests de réalité » sur la base d'une comparaison entre le montant que les participants étaient prêts à payer comme prime et divers seuils, comme les tarifs actuels des régimes existants, nous avons pu identifier trois groupes : (i) ceux qui sont prêts à payer une prime supérieure à ce que les régimes existants facturent ; (ii) ceux qui sont prêts à contribuer de manière considérable par rapport aux niveaux de frais existants ; et (iii) ceux qui sont prêts à ne payer qu'un montant largement inférieur aux tarifs de base des régimes existants.

Il est difficile d'évaluer la pertinence des affirmations des participants concernant le paiement éventuel de primes. Quoiqu'il en soit, l'enquête confirme qu'une majorité de personnes ont une attitude positive à l'égard de l'adhésion à un régime de santé et sont conscientes que l'adhésion implique le paiement d'une prime.

RECOMMANDATIONS : PERTINENCE POUR L'ÉLABORATION DE POLITIQUES PUBLIQUES

Notre sondage d'opinion reflète les points de vue des gens sur des aspects de leur réalité sociale, mais ne fournit pas de réponses sur la manière de la changer. Les décideurs politiques se doivent de répondre aux appels à l'amélioration des services de santé dans un cadre social plus large et doivent évaluer différentes approches à la lumière de leur capacité à fournir une solution durable. Néanmoins, notre analyse est d'une grande pertinence pour les décideurs du service public, les gouvernements et les organisations internationales ; elle fournit des éléments sur la direction à suivre et le bien fondé des politiques sociales relatives aux services de santé publique.

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ

- *Fournir un accès aux services médicaux de base en dehors de l'emploi* : Dans l'économie formelle, l'accès à la sécurité sociale est basé sur l'emploi et les coûts sont répartis entre l'employeur et l'employé. Les tentatives de mise en œuvre d'un lien similaire dans l'économie informelle n'ont pas abouti et les gouvernements, les employeurs et les syndicats seraient bien avisés d'accepter qu'au-delà de l'économie formelle, l'accès à la sécurité sociale ne peut être lié à l'emploi. L'accès aux soins de santé est un droit de l'homme, cependant, et non un droit limité aux personnes ayant un lieu de travail. L'accès aux soins de santé est un droit de l'homme, et non un droit réservé aux personnes ayant un emploi. Il doit donc être accessible à tous, qu'ils soient employés ou non. Les gouverne-

ments devraient cesser d'être limités par l'idée que la sécurité sociale doit être liée à un contrat de travail.

- *La couverture universelle doit être financée par l'impôt* : L'introduction d'une assurance maladie universelle ou la fourniture de soins médicaux gratuits pour les services médicaux de base sont des systèmes clés pour élargir l'accès aux soins médicaux pour tous. Quelle que soit la voie empruntée, elle s'accompagne d'une charge sur les fonds publics. De larges couches de la population comptent parmi les pauvres ou les extrêmement pauvres et n'ont pas les moyens de contribuer aux coûts des traitements médicaux. La couverture sanitaire universelle suppose que les groupes ne disposant pas de revenus suffisants bénéficient d'un accès gratuit ou subventionné aux services de santé, que ce soit sous la forme d'une couverture non contributive dans le cadre d'un régime d'assurance maladie ou d'une politique de gratuité.
- *Formes hybrides de financement des services médicaux* : Une grande partie de la population n'est ni pauvre ni aisée et peut ainsi être qualifiée de non-pauvre. Notre enquête confirme leur intérêt pour les régimes de protection sociale et leur volonté d'y contribuer en payant une prime. L'accès aux services de santé peut donc reposer sur trois niveaux : la gratuité des soins pour les pauvres, les régimes contributifs pour les non-pauvres, qui peuvent inclure ou non des éléments de subventions, et la poursuite des régimes de contribution partagée dans l'économie formelle avec un accès à de meilleures normes médicales. L'universalité de l'accès se concentre donc sur les services médicaux de base, tandis que l'accès à des services médicaux de plus haut niveau est réservé à la population qui en a les moyens. Les futures politiques de santé devraient avoir pour objectif de diversifier les services médicaux inclus dans un ensemble de soins de santé primaires et de réduire l'écart entre les services primaires et les services de niveau supérieur³⁴.

L'INVESTISSEMENT DANS LES SOINS DE SANTÉ RÉDUIT LES INÉGALITÉS SOCIALES

Le recours aux soins médicaux est fortement lié aux inégalités de revenus, même au sein de l'économie informelle. Les gouvernements ont la possibilité de modifier le mode de répartition des revenus, mais les principaux instruments, tels que l'augmentation du salaire minimum ou l'ajustement des impôts, ne bénéficient guère aux travailleurs du secteur informel. Investir dans un meilleur accès aux soins de santé est une approche alternative pour réduire les inégalités sociales. Lorsque les gens ont un

meilleur accès aux services de santé, ils sont moins contraints de vendre des moyens de production ou de s'endetter en cas de traitement. Les retombées négatives des dépenses de santé menacent le potentiel d'investissement des petites entreprises, affaiblissent les capacités mentales ou physiques des personnes à travailler ou obligent les familles à choisir entre les frais de scolarité et les traitements médicaux. En garantissant un accès sûr aux services de santé, on élimine l'un des facteurs qui maintiennent les gens dans la pauvreté.

L'INVESTISSEMENT DANS LES SOINS DE SANTÉ RÉDUIT LES DÉFICITS DE LÉGITIMITÉ DES GOUVERNEMENTS

Le vaste nombre de personnes qui considèrent les services de santé comme une préoccupation majeure, et qui ne croient pas que l'exécutif politique agira en leur nom et améliorera les prestations de services, devrait être une préoccupation majeure pour un gouvernement qui se soucie de sa légitimité. En raison de son large effet de dispersion, l'accent mis sur les dispositions relatives à l'accès universel à des services de santé améliorés peut aisément devenir une stratégie majeure pour améliorer l'image des décideurs politiques³⁵.

LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE DOIT DEVENIR OU RESTER UNE PRIORITÉ ABSOLUE DANS LES AGENDAS POLITIQUES NATIONAUX ET INTERNATIONAUX

La protection sociale et la couverture sanitaire universelle sont déjà des éléments contraignants des cadres politiques internationaux. La cible 3.8 des ODD, la Recommandation n° 202 de l'OIT et la Stratégie africaine de la santé de l'Union africaine mettent l'accent sur la fourniture d'une couverture sanitaire. Les résultats de l'étude présente confirment que la couverture sanitaire universelle devrait être une priorité dans les agendas politiques nationaux et internationaux. Les initiatives politiques nationales ou internationales ou les accords de coopération internationale avec le continent africain devraient toujours encourager le développement inclusif et durable et faire de la couverture sanitaire universelle une priorité absolue, en particulier en ce qui concerne les travailleurs de l'économie informelle.

Nous concluons notre étude par l'affirmation suivante :

« L'instauration d'un niveau minimal de protection sociale est une condition préalable nécessaire pour permettre aux gens de sortir de la pauvreté, pour créer une cohésion

³⁴ La préférence pour des systèmes hybrides, comprenant des aspects supplémentaires de la gestion des régimes d'assurance maladie, est soutenue dans Jürgen Schwettmann Schwettmann, Extending health coverage to the informal economy, Note d'information FES, septembre 2017.

³⁵ Ce rapport s'intéresse principalement au recours aux services de santé et, à quelques exceptions près, ignore l'aspect de l'offre. Il ne fait aucun doute que la couverture sanitaire universelle n'est pas réalisable sans investissements substantiels dans les services médicaux, y compris le personnel. Une visite gratuite dans un établissement de santé est dénuée de sens s'il n'y a pas de personnel médical pour s'occuper des patients.

sociale, pour développer une main-d'œuvre productive et apte à l'emploi, et donc pour créer la base nécessaire à la croissance économique et à la hausse des niveaux de bien-être pour tous. Il s'agit d'une étape importante vers la réalisation du droit humain à la sécurité sociale et vers l'édification de l'État³⁶. »

36 Jürgen Schwetmann Schwetmann, Extending health coverage to the informal economy, Note d'information FES, septembre 2017.

ANNEXE I : ÉTABLIR UN CLASSEMENT DES SERVICES PUBLICS — CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

Pour établir un classement des services publics, nous avons présenté aux participants une liste à partir de laquelle ils devaient choisir leurs priorités. Nous avons identifié huit services, que nous avons nommés « responsabilités clés » de l'État envers la société. Étant donné que l'État est déjà engagé dans la production de ces services, nous n'avons pas posé de question sur l'importance de la prestation de ces services, mais plutôt sur l'importance de *l'amélioration* des services aux personnes dans les différents secteurs.

La problématique a été présentée sous la forme de deux questions. La première question était la suivante : « Si le gouvernement souhaitait améliorer les services, quels sont, à votre avis, les secteurs sur lesquels il devrait se concentrer ? » :

Les responsabilités suivantes de l'État ont été mentionnées :

- écoles et éducation
- routes et ponts
- services de police
- services de santé
- approvisionnement en électricité
- approvisionnement en eau
- les retraites des personnes âgées
- programmes alimentaires en temps de crise

La question 2 était la suivante : « Veuillez classer les secteurs que vous avez mis en évidence ci-dessus (classés 1, 2 et 3). »

Lors de la sélection des catégories de services, nous avons pris note des dernières enquêtes AfroBaromètre (AB) dans 37 pays africains (cycle 7), dont les résultats montrent que les gens accordent moins d'importance aux droits démocratiques et de participation politique qu'à la politique sociale et à l'accès aux infrastructures physiques.

Notre approche se distinguait de la méthode AB sur deux points principaux. L'AB permet aux participants d'identifier librement les catégories de services et il incombe à l'enquêteur de les classer en fonction d'une liste d'options préétablie. Nous avons opté pour une procédure qui permettait aux participants de nommer ce qu'ils voulaient, mais qui présentait une liste finale d'options de services à sélectionner.

L'AB comprenait des éléments que nous n'appellerions pas des services à fournir principalement par l'État. Il comprenait également des catégories de services de caractère général sans véritable signification opérationnelle, telles que la « gestion économique ».

Pour être pris en compte dans notre classement, un service devait répondre à plusieurs critères :

- les services doivent être des « prestations » exclusivement ou principalement dispensées par l'État ;
- les services doivent être directement « consommables » par les ménages ;

- les services doivent être pertinents pour une majorité de la population ;
- les services doivent être pertinents pour le contexte socio-économique des ménages ;
- les services doivent pouvoir être distingués des autres et avoir une « identité » précise.

Il convient de mentionner deux arguments méthodologiques concernant les lacunes de notre approche de la définition d'un ordre de classement.

Tout d'abord, le fait de demander aux participants de sélectionner un seul service comme étant leur principale demande peut être incompatible avec leur « réalité personnelle », qui peut consister en de nombreux besoins qu'ils considèrent d'égale importance. Notre approche les oblige à faire un choix. Cependant, un ordre de classement constitue un moyen de communication efficace entre ceux qui ont besoin de ces services et ceux qui les fournissent. Lorsque les ressources sont rares et qu'il faut décider sur quoi se concentrer, une liste de priorités s'avère utile.

Deuxièmement, notre approche pour identifier les priorités est adaptée à l'utilisation d'un questionnaire. Il existe cependant d'autres moyens d'identifier les besoins et d'établir un lien entre la demande et l'offre susceptible de pousser la réflexion plus loin, car ils impliquent des éléments de dialogue. La budgétisation participative est l'un de ces instruments permettant d'identifier les demandes de la population en matière de services publics au niveau des collectivités locales.

ANNEXE II : NOTES TECHNIQUES

Équipe du projet

Le projet d'enquête a été réalisé conjointement entre la Fondation Friedrich Ebert (FES), en tant qu'institution principale, et l'Organisation internationale du travail (OIT) et l'Institut allemand pour le développement allemand de développement (Deutsches Institut für Entwicklungspolitik - DIE). Les Instituts nationaux de statistique (INS) qui font partie du réseau AfroBaromètre 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 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 (employeurs et travailleurs indépendants sans employés) 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 travaillent³⁷. »

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 I 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, est donc exclue de l'emploi informel.

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

Agriculture, élevage et pêche informels : activités économiques dont les produits sont « destinés uniquement ou principalement à la vente ». S'ils sont destinés uniquement ou principalement à la consommation familiale, les activités sont répertoriées comme production de subsistance et exclues de l'enquête.

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 : 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.

Le questionnaire

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

Les 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.

³⁷ OIT, Relations entre organisations de travailleurs et les travailleurs de l'économie informelle : Recueil de pratiques (2019 : 15).

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 ?

Au vu de l'apparition de la pandémie de Covid-19, des questions ont été ajoutées 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)³⁸ 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 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 entretien³⁹.

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

En cas de refus de l'entretien, la démarche continue dans la même direction jusqu'au ménage n° 15. La deuxième interview aura lieu dans le ménage n° 25.

³⁸ 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. Le point de la carte où ces deux lignes se croisent est le point de départ de l'échantillonnage. Chaque paire X-Y de numéros de la table de nombres aléatoires ne peut être utilisée qu'une seule fois.

³⁹ 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.

- *Identification des participants travailleurs du secteur informel pour l'entretien* : Au niveau du ménage, chaque interview est réalisée en deux phases. La phase 1 de l'entretien est menée avec le chef de ménage ou la personne la mieux informée vivant dans le ménage. La personne la plus informée est celle qui est la mieux renseignée sur tous les autres membres du ménage. Le chef de ménage (ou la personne la mieux informée) fournit des informations sur chaque membre du ménage âgé de 15 ans ou plus à partir desquelles une liste est dressée pour inclure tous les membres qui répondent aux critères de l'emploi informel. Le participant à la partie principale de l'entretien (phase 2) est choisi au hasard dans la liste des travailleurs du secteur informel concernés par l'entretien. Si le participant sélectionné n'est pas disponible, l'enquêteur prend rendez-vous pour un moment ultérieur de la journée pour une deuxième tentative. Si l'entretien est infructueux après la deuxième tentative, l'enquêteur choisit au hasard un autre participant qui remplit les conditions requises pour être considéré comme travailleur du secteur informel dans le même ménage. Lorsque le deuxième participant n'est pas disponible ou que l'entretien n'aboutit pas pour une raison quelconque, ce ménage est abandonné et l'enquêteur le remplace par un autre.

MISE EN ŒUVRE DE L'ENQUÊTE

Instituts nationaux de statistique (INS)

Les Instituts nationaux de sondage (INS) qui font partie du réseau AfroBaromètre et qui ont une longue expérience des sondages d'opinion sont chargés de mettre en œuvre l'enquête. Ils suivent le protocole de mise en œuvre de l'enquête défini dans le manuel. Les Instituts nationaux de statistique sont responsables de la localisation du questionnaire, de sa traduction dans les langues locales, de la programmation des tablettes, de la sélection et de la formation des enquêteurs, des enquêtes pilotes sur le terrain, de l'élaboration du plan de terrain, de l'organisation et de la supervision des entretiens, du contrôle de la qualité des données et, enfin, de la présentation des résultats pour une utilisation ultérieure. Le travail des Instituts nationaux de statistique est guidé par un superviseur externe, dont le rôle est de veiller à l'application uniforme des règles de recherche.

Traduction dans les langues locales

L'enquête utilise l'anglais et le français comme langues principales du questionnaire. Le questionnaire est ensuite traduit dans les langues locales les plus parlées dans les pays. Tous les participants peuvent choisir la langue dans laquelle ils préfèrent que les questions leur soient posées et répondre dans une langue dans laquelle ils se sentent à l'aise pour converser.

Formation des enquêteurs et enquêtes pilotes

La formation des équipes de terrain en vue de l'enquête dure cinq à sept jours durant lesquels le questionnaire est révisé de façon approfondie et les équipes s'entraînent à utiliser les tablettes. La formation comprend les enquêtes pilotes et la mise au point finale du questionnaire. Les séances d'entraînement des enquêteurs servent d'enquêtes pilotes pour toutes les versions du questionnaire traduites dans les langues locales. Tous les membres des équipes, y compris les superviseurs, administrent au moins deux questionnaires pendant la phase d'entraînement/enquêtes pilotes. Lors d'une session de réactions aux questionnaires, les expériences vécues lors de l'enquête pilote sont abordées et le questionnaire peut être modifié.

Équipes d'enquêteurs

Les équipes d'enquêteurs qui vont sur le terrain sont composées de quatre enquêteurs/enquêtrices et d'un superviseur. Le superviseur est la personne à qui tous les enquêteurs rendent compte quotidiennement et à qui ils adressent les problèmes émergents. Les superviseurs sur le terrain ont généralement au moins un diplôme de premier cycle universitaire et de l'expérience dans la collecte de données et la gestion d'équipes d'enquêteurs. Les enquêteurs de terrain ont une certaine formation universitaire, une bonne connaissance des langues locales et une capacité à communiquer avec les participants de manière respectueuse.

La structure de l'équipe de terrain est adaptée à la taille de l'échantillon (1 200 entretiens). Les enquêteurs essaient de réaliser quatre entretiens par jour ou 16 par équipe de ter-

rain ; chaque équipe de terrain essaie de couvrir deux zones de dénombrement par jour. À ce rythme, il faut donc 9,37 jours, soit une semaine et demie, à huit équipes de terrain (32 enquêteurs x 4 entretiens/jour = 128 entretiens/jour), y compris les jours de repos et de déplacement, pour réaliser une enquête standard. Cela est rendu possible par le fait que chaque équipe dispose d'un véhicule de location qui lui est dédié pendant le travail sur le terrain. Les équipes de terrain sont couvertes par une assurance pendant la période de travail sur le terrain.

Saisie électronique des données

La collecte des données se fait par le biais d'interviews personnelles assistées par ordinateur (ou CAPI, de l'anglais Computer-Assisted Personal Interview), à l'aide de tablettes. Les tablettes sont équipées du logiciel Survey-To-Go (STG) et chargées du questionnaire. Les enquêteurs lisent les questions aux participants à partir de la tablette. La programmation des tablettes filtre le questionnaire et la sélection aléatoire des travailleurs du secteur informel du ménage pour la deuxième phase. Les enquêteurs utilisent les tablettes page par page et trouvent des instructions sur ce qu'il faut faire à chaque étape. Le codage des réponses se fait par simple pression sur l'écran.

ANNEXE III : CALCULS STATISTIQUES

Il s'agit de références aux chiffres du texte principal.

Figure 1

Cinq pays — Demandes d'amélioration des services publics : première priorité

Test du χ^2 : différences dans la définition de la première priorité entre les pays

| Pays | N | Sig. | Cramer-V |
|--------------------------|-------|-------|----------|
| Sénégal vs Zambie | 2 378 | 0,000 | 0,264 |
| Sénégal vs Kenya | 2 373 | 0,000 | 0,252 |
| Sénégal vs Bénin | 2 383 | 0,000 | 0,319 |
| Sénégal vs Côte d'Ivoire | 2 382 | 0,000 | 0,197 |
| Zambie vs Kenya | 2 365 | 0,000 | 0,221 |
| Zambie vs Bénin | 2 375 | 0,000 | 0,282 |
| Zambie vs Côte d'Ivoire | 2 377 | 0,000 | 0,264 |
| Kenya vs Bénin | 2 370 | 0,000 | 0,222 |
| Kenya vs Côte d'Ivoire | 2 375 | 0,000 | 0,154 |
| Bénin vs Côte d'Ivoire | 2 378 | 0,000 | 0,214 |

Figure 2

Cinq pays — Demandes d'amélioration des services publics : deuxième priorité

Test du χ^2 : différences dans la définition de la première priorité entre les pays

| Pays | N | Sig. | Cramer-V |
|--------------------------|-------|-------|----------|
| Sénégal vs Zambie | 2 378 | 0,000 | 0,202 |
| Sénégal vs Kenya | 2 373 | 0,000 | 0,234 |
| Sénégal vs Bénin | 2 383 | 0,000 | 0,249 |
| Sénégal vs Côte d'Ivoire | 2 369 | 0,000 | 0,181 |
| Zambie vs Kenya | 2 365 | 0,000 | 0,163 |
| Zambie vs Bénin | 2 375 | 0,000 | 0,139 |
| Zambie vs Côte d'Ivoire | 2 361 | 0,000 | 0,155 |
| Kenya vs Bénin | 2 370 | 0,000 | 0,160 |
| Kenya vs Côte d'Ivoire | 2 356 | 0,000 | 0,128 |
| Bénin vs Côte d'Ivoire | 2 366 | 0,000 | 0,174 |

Figure 3

Cinq pays — Demandes d'amélioration des services publics par zone de résidence (urbaine ou rurale) : première priorité

Test du χ^2 : différences dans la définition de la première priorité selon la zone de résidence

| Pays | N | Sig. | Cramer-V |
|---------------|-------|-------|----------|
| Bénin | 1 190 | 0,000 | 0,190 |
| Côte d'Ivoire | 1 188 | 0,000 | 0,277 |
| Kenya | 1 187 | 0,000 | 0,163 |
| Sénégal | 1 193 | 0,000 | 0,237 |
| Zambie | 1 189 | 0,000 | 0,263 |

Figure 4

Cinq pays — Demandes d'amélioration des services publics selon l'âge : première prioritéTest du χ^2 : différences dans la définition de la première priorité selon l'âge dans chaque pays

| Pays | N | Sig. | Cramer-V |
|---------------|-------|-------|----------|
| Bénin | 1 190 | 0,334 | 0,080 |
| Côte d'Ivoire | 1 188 | 0,008 | 0,099 |
| Kenya | 1 187 | 0,000 | 0,157 |
| Sénégal | 1 188 | 0,518 | 0,076 |
| Zambie | 1 188 | 0,019 | 0,096 |

Figure 5

Cinq pays — Demandes d'amélioration des services de santé vs services de retraite selon l'âge : première prioritéTest du χ^2 : différences dans la définition de la première priorité entre la santé et la retraite

| Pays | N | Sig. | Cramer-V |
|---------------|-----|-------|----------|
| Bénin | 426 | 0,341 | 0,115 |
| Côte d'Ivoire | 526 | 0,001 | 0,194 |
| Kenya | 376 | 0,000 | 0,397 |
| Sénégal | 550 | 0,366 | 0,099 |
| Zambie | 329 | 0,001 | 0,257 |

Figure 6

Cinq pays — Demandes d'amélioration des services de santé selon le sexe : première prioritéTest du χ^2 : différences dans la définition de la santé comme première priorité selon le sexe

| Pays | N | Sig. | Cramer-V |
|---------------|-------|-------|----------|
| Bénin | 1 190 | 0,537 | 0,018 |
| Côte d'Ivoire | 1 188 | 0,198 | 0,037 |
| Kenya | 1 187 | 0,045 | 0,058 |
| Sénégal | 1 193 | 0,246 | 0,034 |
| Zambie | 1 189 | 0,720 | 0,010 |

Figure 7

Cinq pays — Demandes d'amélioration des services publics selon le revenu : première prioritéTest du χ^2 : différences dans la définition de la première priorité selon le revenu

| Pays | N | Sig. | Cramer-V |
|---------------|-------|-------|----------|
| Bénin | 1 188 | 0,014 | 0,103 |
| Côte d'Ivoire | 1 181 | 0,466 | 0,077 |
| Kenya | 1 132 | 0,270 | 0,085 |
| Sénégal | 1 164 | 0,141 | 0,090 |
| Zambie | 1 147 | 0,044 | 0,098 |

Figure 8
Cinq pays — Recours aux soins médicaux

| Pays | N | Moyenne |
|---------------|-----|---------|
| Bénin | 694 | 1,928 |
| Côte d'Ivoire | 548 | 1,77 |
| Kenya | 511 | 1,417 |
| Sénégal | 810 | 1,953 |
| Zambie | 504 | 1,444 |

Plage de valeurs. Min=1 ; Max=3

Test T : différences de recours aux soins médicaux entre les pays

| Pays | sig |
|--------------------------|-------|
| Sénégal vs Zambie | 0,000 |
| Sénégal vs Kenya | 0,000 |
| Sénégal vs Bénin | 0,557 |
| Sénégal vs Côte d'Ivoire | 0,000 |
| Zambie vs Kenya | 0,522 |
| Zambie vs Bénin | 0,000 |
| Zambie vs Côte d'Ivoire | 0,000 |
| Kenya vs Bénin | 0,000 |
| Kenya vs Côte d'Ivoire | 0,000 |
| Bénin vs Côte d'Ivoire | 0,001 |

Plage de valeurs. Min=1 ; Max=3

Figure 9
Cinq pays — Recours aux soins médicaux selon la zone de résidence (urbaine ou rurale)

Test du K χ^2 : différences de recours aux soins médicaux selon la zone de résidence

| Pays | N | Sig. | Cramer-V |
|---------------|-----|-------|----------|
| Bénin | 694 | 0,000 | 0,194 |
| Côte d'Ivoire | 548 | 0,000 | 0,198 |
| Kenya | 511 | 0,920 | 0,018 |
| Sénégal | 810 | 0,000 | 0,186 |
| Zambie | 504 | 0,398 | 0,06 |

Figure 10
Cinq pays — Recours aux soins médicaux selon le sexe

Test du K χ^2 : différences de recours aux soins médicaux selon le sexe

| Pays | N | Sig. | Cramer-V |
|---------------|-----|-------|----------|
| Bénin | 694 | 0,638 | 0,04 |
| Côte d'Ivoire | 548 | 0,059 | 0,102 |
| Kenya | 511 | 0,444 | 0,06 |
| Sénégal | 810 | 0,056 | 0,084 |
| Zambie | 504 | 0,986 | 0,008 |

Figure 11

Cinq pays — Recours aux soins médicaux selon le revenuTest du χ^2 : différences de recours aux soins médicaux selon le revenu

| Pays | N | Sig. | Cramer-V |
|---------------|-----|-------|----------|
| Bénin | 690 | 0,000 | 0,147 |
| Côte d'Ivoire | 548 | 0,01 | 0,125 |
| Kenya | 480 | 0,000 | 0,178 |
| Sénégal | 779 | 0,000 | 0,137 |
| Zambie | 473 | 0,305 | 0,087 |

Note : Le calcul du χ^2 a tenu compte des cas de recours occasionnels qui ne figurent pas dans le graphique. Calcul basé sur quatre classes de revenus. Si les données de sept classes de revenus sont utilisées, les paramètres de signification augmentent légèrement sans modifier le caractère de l'interprétation.

Figure 20

Cinq pays — Part d'adhésion aux régimes d'assurance maladie selon le sexeTest du χ^2 : différences d'adhésion aux régimes d'assurance maladie selon le sexe

| Pays | N | Sig. | Cramer-V |
|---------------|-------|-------|----------|
| Bénin | 1 190 | 0,002 | 0,088 |
| Côte d'Ivoire | 1 200 | 0,866 | 0,005 |
| Kenya | 1 188 | 0,228 | 0,035 |
| Sénégal | 1 193 | 0,000 | 0,107 |
| Zambie | 1 192 | 0,089 | 0,049 |

Figure 21

Cinq pays — Intérêt des non-membres à souscrire à un régime d'assurance maladie selon le sexeTest du χ^2 : différences d'intérêt à souscrire à une assurance maladie selon le sexe

| Pays | N | Sig. | Cramer-V |
|---------------|-------|-------|----------|
| Bénin | 1 156 | 0,056 | 0,056 |
| Côte d'Ivoire | 1 065 | 0,514 | 0,020 |
| Kenya | 874 | 0,906 | 0,004 |
| Sénégal | 1 076 | 0,506 | 0,020 |
| Zambie | 1 072 | 0,632 | 0,015 |

LISTE DES FIGURES

- 11 Figure 1**
Cinq pays — Demandes d'amélioration des services publics : première priorité
- 11 Figure 2**
Cinq pays — Demandes d'amélioration des services publics : deuxième priorité
- 13 Figure 3**
Cinq pays — Demandes d'amélioration des services publics par zone de résidence (urbaine ou rurale) : première priorité
- 14 Figure 4**
Cinq pays — Demandes d'amélioration des services publics selon l'âge : première priorité
- 15 Figure 5**
Cinq pays — Demandes d'amélioration des services de santé vs services de retraite selon l'âge : première priorité
- 15 Figure 6**
Cinq pays — Demandes d'amélioration des services de santé selon le sexe : première priorité
- 16 Figure 7**
Cinq pays — Demandes d'amélioration des services publics selon le revenu : première priorité
- 20 Figure 8**
Cinq pays — Recours aux soins médicaux
- 20 Figure 9**
Cinq pays — Recours aux soins médicaux selon la zone de résidence (urbaine ou rurale)
- 21 Figure 10**
Cinq pays — Recours aux soins médicaux selon le sexe
- 22 Figure 11**
Cinq pays — Recours aux soins médicaux selon le revenu
- 26 Figure 12**
Quatre pays — Sources de financement des traitements médicaux
- 27 Figure 13**
Kenya — Sources de financement des traitements médicaux par les membres de l'assurance maladie
- 28 Figure 14**
Quatre pays — Paiement des soins médicaux en fonction des sources de financement et de la zone de résidence (urbaine ou rurale)
- 29 Figure 15**
Quatre pays — Sources de financement des soins médicaux selon le sexe
- 30 Figure 16**
Quatre pays — Modes de paiement des soins médicaux selon la classe de revenu
- 31 Figure 17**
Quatre pays — Recours aux soins médicaux si le financement provient de la vente de biens ou l'endettement
- 35 Figure 18**
Cinq pays — Volonté et capacité des institutions à fournir de meilleurs services publics
- 36 Figure 19**
Cinq pays — Part de la population bénéficiant d'un régime d'assurance maladie
- 37 Figure 20**
Cinq pays — Part d'adhésion aux régimes d'assurance maladie selon le sexe
- 37 Figure 21**
Cinq pays — Intérêt des non-membres à souscrire à un régime d'assurance maladie selon le sexe
- 38 Figure 22**
Cinq pays — raison de la non-adhésion à un régime d'assurance maladie
- 39 Figure 23**
Cinq pays — Paiement des primes déclarés par les non-membres par rapport à divers seuils

LISTE DES TABLEAUX

23 Tableau 1

Cinq pays — Mesure de l'inégalité du « recours adéquat » aux soins médicaux (groupes sélectionnés)

24 Tableau 2

Cinq pays — Dépenses de santé

33 Tableau 3

Volonté et capacités des institutions à fournir des services — matrice à quatre champs

40 Tableau 4

Kenya — Comparaison des coûts d'adhésion au NHIF et des montants des primes que les participants sont prêts à payer

40 Tableau 5

Bénin — Primes d'adhésion aux régimes de santé et primes déclarées

À PROPOS DES AUTEURS

Dr. Rudolf Traub-Merz (auteur) est consultant et travaille actuellement en tant que coordinateur du projet d'enquête conjoint FES-OIT-DIE/GDI sur l'emploi informel dans les pays d'Afrique subsaharienne. Auparavant, il a dirigé les bureaux de la FES à Lagos, Harare, Manille, Shanghai et Moscou.

Dr. Manfred Öhm (co-auteur) dirige le département Afrique subsaharienne de la Fondation Friedrich Ebert depuis 2013. Il a obtenu son doctorat à l'Université Albert Ludwig de Fribourg. Il effectue des recherches et dispense des conférences sur la paix, la sécurité et le développement de la démocratie en Afrique. Il est politologue.

Cette publication est issue du projet *Emploi informel, sécurité sociale et confiance politique en Afrique subsaharienne*. Pour toute autre publication de ce projet, veuillez consulter le site <https://www.fes.de/referat-afrika/publikationen>.

IMPRESSION

Friedrich-Ebert-Stiftung | Section Afrique
Hiroshimastr. 17 | 10785 Berlin | Allemagne

Responsable :
Dr. Manfred Öhm, Directeur de la Section Afrique
Tél. : +49-30-269-35-7456 | Fax : +49-30-269-35-9217
<https://www.fes.de/fr/section-afrique>

Commande de publications :
Janine.Kaliga@fes.de

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

ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ

Une demande clé de la main-d'œuvre informelle en Afrique — Résultats d'enquêtes nationales représentatives en Afrique subsaharienne



L'accès à la santé et aux socles de protection sociale est au cœur des objectifs de développement durable (ODD) de l'Agenda 2030 des Nations unies. De nombreux pays africains se sont engagés à atteindre les objectifs de couverture sanitaire universelle (CSU) et à mettre en place diverses réformes visant à faire progresser cet agenda. L'un des principaux défis consiste à dissocier l'emploi et la sécurité sociale et à établir une plateforme inclusive pour tous qui ne dépende pas de l'emploi. Tel est l'espoir des travailleurs du secteur informel qui, dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, représentent 80 à 90 pour cent de l'emploi total. Pour eux, l'accès aux soins de santé implique l'adhésion à des régimes d'assurance ou le recours à des services de santé gratuits ou subventionnés.



Le rapport se concentre sur l'importance que les travailleurs du secteur informel accordent à l'accès à des services de santé décentes dans le cadre d'un classement des services publics essentiels, ainsi que sur leur perception de la disponibilité des soins médicaux. Il évalue le risque financier lié au fait de tomber malade en examinant les ressources financières que les patients peuvent utiliser pour payer un traitement médical. Le rapport évalue en outre les espoirs que les travailleurs du secteur informel placent dans la détermination de leurs gouvernements à améliorer les services à l'avenir et offre un aperçu du degré de légitimité des régimes politiques. Par ailleurs, l'étude explore l'intérêt des travailleurs du secteur informel à adhérer à un régime d'assurance maladie et leur disposition à payer une prime.



La Fondation Friedrich Ebert a lancé le projet de recherche *Emploi informel, sécurité sociale et confiance politique en Afrique subsaharienne*, en collaboration avec l'Organisation internationale du travail (OIT) et l'Institut allemand de développement (DIE-GDI). Ce projet comprend une enquête d'opinion sur la sécurité sociale, avec un accent particulier sur l'accès aux services de santé. L'enquête met en lumière les difficultés auxquelles sont confrontés les travailleurs informels lorsqu'ils tentent d'obtenir un traitement médical et l'importance qu'ils accordent à de meilleurs soins de santé. Les enquêtes d'opinion ont été menées sous forme d'enquêtes représentatives à l'échelle nationale avec un protocole de recherche uniforme afin de permettre des comparaisons entre différents pays. Le rapport présente les résultats des enquêtes menées au Kenya en 2018, au Bénin en 2018, au Sénégal en 2019, en Zambie en 2019 et en Côte d'Ivoire en 2020.

Plus de détails sous ce lien :

<https://www.fes.de/fr/section-afrique>