



**GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE**

# **Couverture sanitaire universelle et secteur informel en Afrique de l’Ouest francophone :**

*Etat actuel, perspectives et proposition d’orientations stratégiques*

Par:

Zine Eddine El Idrissi Moulay Driss (Economiste en Chef, GHN07)

Özaltın Emre (Economiste Principal, GHN13)

Haazen Dominic (Spécialiste en Chef des Politiques de Santé, GHN13)

Juquois Maud (Economiste, GHN13)

Washington DC

Juin, 2018

# Table des matières

Table des matières.....	2
Abréviations et Acronymes.....	4
Liste des tableaux.....	6
Liste des figures .....	6
Liste des Encadrés.....	6
Remerciements.....	7
Résumé analytique .....	8
1. Introduction.....	19
2. Secteur Informel.....	23
2.1. Origine et caractéristiques de l'économie informelle .....	23
2.2. Bref aperçu sur les défis généraux de la couverture du secteur informel par les régimes de protection sociale en santé .....	25
2.3 L'expérience internationale de la CSU et du secteur informel .....	26
3. Contexte de l'Afrique de l'Ouest Francophone .....	28
3.1. Situation socio-économique.....	28
3.2. Situation sanitaire.....	30
3.3. Situation du financement de la santé.....	32
3.4. Situation du secteur informel .....	34
3.3. Situation de la couverture sanitaire universelle .....	45
3.3.1. Un engagement politique fort en faveur de la CSU .....	45
3.3.2. Une volonté de réduire la participation des usagers aux frais de soins dans les formations sanitaires publiques .....	46
3.5.3 Les régimes de couverture médicale choisis par les pays de la sous-région.....	48
4. Visions, politiques et opinions sur la question de la couverture sanitaire des travailleurs du secteur informel.....	50
4.1 Visions et politiques : un mixte entre assurance maladie et prise en charge médicale des plus vulnérables .....	50
4.2. Opinions des parties prenantes.....	53
4.2.1. Approche générale .....	54
4.2.2. Options de mise en commun des fonds pour couvrir le secteur informel .....	54
4.2.3. Options de financement et du paquet de services .....	55
4.2.4. Questions institutionnelles .....	56
5. Proposition d'orientations stratégiques pour la couverture du secteur informel.....	57
5.1. Gouvernance .....	57
5.1.1. Architecture institutionnelle et Gestion .....	57

5.1.2.	Systèmes d'information sanitaire, enregistrement civil et identifiant unique .....	58
5.1.3.	Campagnes de sensibilisation .....	58
5.1.4.	Approche recommandée pour les partenaires internationaux : un accompagnement des pays de la sous-région aligné sur les priorités nationales.....	58
5.1.5.	Pour les pays qui sont au début de la réflexion sur la couverture sanitaire des travailleurs du secteur informel : élaborer d'abord une stratégie de financement de la santé .....	59
5.2.	Mobilisation des Ressources .....	59
5.2.1.	Fort engagement financier et institutionnel de l'Etat .....	59
5.2.2.	Financements Innovants.....	61
5.2.3.	Paiements flexibles des contributions .....	62
5.3.	Mise en commun des ressources .....	62
5.3.1.	Intégrer la gratuité ciblée avec l'assurance maladie.....	62
5.3.2.	Opter pour l'obligation en vue de maximiser la couverture sanitaire et de mieux lutter contre la sélection adverse .....	62
5.3.3.	Améliorer les incitations à l'obligation.....	63
5.3.4.	Développer des méthodes innovantes et adaptées au contexte pour toucher le secteur informel : importance de la téléphonie mobile .....	63
5.3.5.	Quel choix de mise en commun des fonds et de financement de la couverture du secteur informel ?.....	64
5.3.6.	Politique de ciblage : oui mais les discriminations, les lourdeurs et les surcoûts sont à éviter.....	64
5.4.	Achat des prestations .....	65
5.4.1.	Quel choix du paquet de services de santé pour les travailleurs du secteur informel ? .....	65
5.4.2.	Mise à niveau de l'offre des soins.....	66
	Références bibliographiques .....	67
	Annexes .....	71
	Annexe 1 : Résumés des rapports pays sur la CSU .....	71
	Annexe 2 : Résumés des rapports pays sur le Secteur Informel .....	77
	Annexe 3 : Questionnaire sur la CSU et le secteur informel (Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Sénégal) ..	82

## **Abréviations et Acronymes**

ACMU : Agence pour la Couverture Maladie Universelle

AFD : Agence Française de Développement

AFRISTAT : l'Institut africain des statistiques

AMG : Assistance Médicale Gratuite

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

ANSD : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie au Sénégal

BIT : Bureau International du travail

BTP : Bâtiment et travaux publics

CIS : Contribution du Secteur Informel

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNAMU : Caisse Nationale d'Assurance Maladie Universelle

CNMCI : Chambre Nationale des Métiers de Côte d'Ivoire

CNPS : Conseil National de Protection Sociale

CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale

CSS : Caisse de Sécurité Sociale

CSU : Couverture Sanitaire Universelle

ENES : Enquête Nationale sur L'emploi au Sénégal

ENSIS : Enquête Nationale du Secteur informel au Sénégal

FCFA: Franc de la Communauté Financière Africaine

GFF : Global Financing Facility

HLTF: Innovative International Financing for Health Systems

IAP : Instrument Automatisé de Prévision

INS : Institut Nationale de la Statistique

INSD : Institut Nationale de la Statistique et de la Démographie

Institut IPRES : Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal

JLN : Joint Learning Network

MICA : Ministère de L'Industrie du Commerce et de l'Artisanat

NHIS : National Health Insurance Scheme

NINEA : Numéro d'Indentification National des Entreprises et Associations

OGD : Organismes Gestionnaires Délégués

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPA : Organisations professionnelles d'artisans et d'artisanes

PARSTAT : Programme d'Appui Régional aux Statistiques

PIB : Produit Intérieur Brut

PNUD : Programme des Nations unies pour le Développement

RAM : Régime d'Assistance Médicale

RAMED : Régime d'assistance médicale aux économiquement démunis

RAMU : Régime d'Assurance Maladie Universelle

RDC : République Démocratique du Congo

RDB : Régime Générale de Base

RDM : Rapport du Développement dans le Monde

RSPC : Régime Simplifié pour les Petits Contribuables

SARA: Service Availability and Readiness and Assessment

SYSCOA : Système Comptable Ouest Africain

UEMOA : Union Economique et Monétaire Ouest Africaine

UIT : Union Internationale des Télécommunications

UNICEF : Fond des Nations Unies pour L'Enfance

UNICO : Série d'études sur la Couverture Sanitaire Universelle/ Universal Health Coverage Study

UPI : Unité de production informelle

VIH-SIDA : virus de l'immunodéficience humaine- syndrome d'immunodéficience acquise

## Liste des tableaux

Tableau 1: Groupement des pays selon le revenu et l'envergure du secteur informel .....	27
Tableau 2: Situation Socio Economique de L'Afrique de l'Ouest Francophone, 2015-2016 .....	30
Tableau 3: Situation Macro-Economique de l'Afrique de L'Ouest Francophone , 2016.....	31
Tableau 4: Population, .....	36
Tableau 5: Engagement en faveur de la CSU dans les documents officiels dans les pays de L'Afrique de L'Ouest Francophone.....	46

## Liste des figures

Figure 1: AVCI Afrique sub-saharienne francophone, 2015.....	32
Figure 2: Poids des dépenses privées dans les dépenses totales de santé dans la sous-region.....	33
Figure 3: Croisement entre la part des paiements directs des ménages dans les dépenses totales de santé et le PIB par habitant dans la sous region 2015.....	34
Figure 4: Croisement entre la part de la santé dans les dépenses gouvernementales et le PIB par Habitant dans la sous- région, 2015.....	34
Figure 5: Poids du secteur informel de L'Afrique de l'Ouest comparé a L'Afrique Sub -Saharienne et du Nord .....	35
Figure 6: Pourcentage de pays de l'Afrique de l'Ouest Francophone ayant adopté différents régimes de couverture médicale, programme, 2017.....	48
Figure 7: Les travailleurs non pauvres du secteur informel: un déficit pour la CSU.....	50
Figure 8: Flux potentiels des fonds dans le cas d'inclusion des fonds budgetaires dans les régimes mutualisés.....	61

## Liste des Encadrés

Encadré 1 : Synthèse de l'expérience Internationale de la CSU et du secteur Informel.....	12
Encadré 2 : Leçons générale de l'expérience internationale.....	29
Encadré 3: Quelques exemples de textes de lois.....	52

## Remerciements

Le rapport a été rédigé par : Zine Eddine El Idrissi Moulay Driss (Economiste en Chef, GHN07), Özaltin Emre (Economiste Principal, GHN13), Haazen Dominic (Spécialiste en Chef des Politiques de Santé, GHN13) et Juquois Maud (Economiste, GHN13).

Le travail a été effectué sous la coordination de : Haazen Dominic (Spécialiste en Chef des Politiques de Santé, GHN13), Zine Eddine El Idrissi Moulay Driss (Economiste en Chef, GHN07) et Özaltin Emre (Economiste Principal, GHN13).

Il a été accompli avec le soutien et les conseils de : Pierre Laporte (Directeur des Opérations, AFCF2), Trina Haque (Directrice Sectorielle, GHN07) et Gaston Sorgho (Directeur Sectoriel, GHN13).

Les personnes suivantes ont apporté une aide technique et logistique précieuse lors des missions : Moussa Dieng (Economiste, GHN13), Baly Ouattara (Consultant, GHN13), Ousmane Diadie (Spécialiste en Sante Principal, GHN07), Paul Jacob Robyn (Spécialiste en Sante Principal, GHN07), Oumou Coulibaly (Team Assistante, AFCF2) Bintou Sogodogo (Programme Assistante, GED07), Ndeye Absa Cisse (Programme Assistante, AFCF1).

Les remerciements vont également à Daniel Cotlear (Economiste en Chef, GHN04) et Nicolas Rosemberg (Economiste, GHN02) pour avoir mis la base de données UNICO pour l'Afrique à la disposition des auteurs.

Les rapports pays (Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Sénégal) sur le secteur informel et sur la CSU ont été élaborés par : Alban A.E. Ahoure, Joachim Koffi, Adama Traoré, Guèda-Jacques Ouedraogo, Moussa Dieng et Mamadou Marone.

Les remerciements sont destinés aussi aux évaluateurs : Jean-Noel Amantchi Gogoua (Chargé Principal des Opérations, AFCF2), Benoit Mathivet (Economiste Principal, GHN13), Laurence Lannes (Economiste Principal, GHN01), Patrick Hoang- Vu Eozenou (Economiste Principal, GHN07), Maria Eugenia Bonilla-Chacin (Economiste en Chef, GHNGF) et Ricardo Bitran (expert international, Consultant).

Les auteurs remercient également toutes celles et ceux qui ont aimablement répondu au questionnaire et ayant discuté avec eux.

Nos remerciements enfin à Valérie Trouillot- Ligondé (Programme Assistante, GHN13) qui s'est chargée de l'édition et format du document.

## Résumé analytique

La quasi-totalité des pays, quel qu'en soit le niveau de développement et de revenu, aspire à offrir à leurs populations une couverture sanitaire universelle (CSU) à la mesure de leurs possibilités. Les pays francophones en Afrique de l'Ouest qui ont déclaré clairement leur intention de poursuivre une politique de CSU sont à différents stades de développement et de mise en œuvre de cette politique. Alors que presque tous les pays semblent opter pour des approches contributives pour inclure le secteur informel dans la CSU, aucun d'entre eux n'a trouvé encore une stratégie efficiente et réalisable pour y parvenir. Même si les approches contributives ont leurs propres forces et faiblesses, il n'en demeure pas moins que de nombreux pays estiment que c'est la principale option en ce moment en raison des contraintes budgétaires actuelles.

Cet agenda légitime et ambitieux est confronté à une multitude de défis et de contraintes en termes économiques, institutionnels, politiques et techniques, particulièrement dans les pays en développement. Un de ces défis majeurs dans ces pays demeure l'hégémonie de l'emploi informel sur le marché du travail. Son poids hypertrophié dans l'économie a un impact négatif, entre autres, sur l'assiette fiscale et le recouvrement des impôts ainsi que sur les possibilités d'adhésion et de contribution à des régimes d'assurance maladie. En effet, si dans une bonne majorité de pays en développement on arrive plus ou moins à couvrir les travailleurs dans le secteur formel, les fonctionnaires et, dans une moindre mesure, la population indigente, les travailleurs du secteur informel sont rarement couverts par des programmes d'assurance maladie ou autres régimes de protection sociale en santé, et sont référés comme le « groupe mitoyen oublié » (« *missing middle* »). Dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest Francophone, où la proportion du secteur informel dépasse 90 pour cent de la population (quand le secteur agricole est inclus), et où, en général, les travailleurs du secteur informel et leurs familles ne bénéficient pas des régimes existants de protection sociale, les solutions au problème de protection sociale en santé des travailleurs informels sont un défi politique et économique encore plus important.

### Objectif

L'objectif de cette étude est de suggérer un certain nombre d'orientations stratégiques et spécifiques au contexte des pays francophones de l'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Togo) en vue d'une inclusion effective du secteur informel dans la CSU.

### Méthodologie

Pour atteindre l'objectif, l'étude se focalise sur trois pays de la région afin de tirer des leçons pour la sous-région entière. L'étude s'est déroulée en trois étapes. Une première phase a consisté à décrire la situation actuelle dans ces pays en ce qui concerne à la fois le développement de la CSU que l'état du secteur informel. Pour cela, deux rapports (un premier sur la CSU et un second sur le secteur informel) ont été préparés pour chacun des trois pays suivants : Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Sénégal. Une seconde phase a mis l'accent sur les échanges et les discussions avec les parties prenantes et les experts dans les pays concernés ainsi que sur leurs opinions. Cela a été fait au travers de missions dans les trois pays cités ci-dessus et de questionnaires remplis par les parties prenantes dans ces mêmes pays (voir annexe 3). Les auteurs ont utilisé également une base de données construite par une équipe de la Banque Mondiale chargée du programme UNICO sur la CSU en Afrique en se basant sur un questionnaire dédié aux avancées de la CSU dans le continent. Une troisième et ultime phase a consisté à effectuer une revue des expériences internationales (réussites et échecs) qui sont autant de leçons très instructives en vue de pouvoir proposer des options stratégiques réalistes dans le but d'intégrer efficacement les travailleurs secteur informel et leurs familles dans la CSU en Afrique de l'Ouest Francophone.



### *Définition de la Couverture Sanitaire Universelle :*

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, chacun doit être en mesure d'avoir accès à des soins dont il a besoin (incluant la promotion, les soins préventifs, curatifs, rééducatifs et palliatifs), d'une qualité suffisante pour être efficaces, sans subir pour autant de difficultés ou de conséquences financières lourdes.

### *Définition du Secteur informel :*

Le BIT définit le secteur informel comme « Un ensemble d'unités produisant des biens et des services en vue de créer des emplois et des revenus pour les personnes concernées. Ces unités, ayant un faible niveau d'organisation, opèrent à petite échelle et de manière spécifique, avec peu ou pas de division entre le travail et le capital en tant que facteurs de production. Les relations de travail, lorsqu'elles existent, sont surtout fondées sur l'emploi occasionnel, les relations de parenté ou les relations personnelles et sociales plutôt que sur des accords contractuels comportant des garanties en bonne et due forme. »

C'est cette définition du BIT ci-dessus, élargie au secteur agricole et à l'ensemble des ayant droits, qui sera utilisée dans ce document car elle insiste sur le fait que le secteur informel est constitué de personnes à la marge des systèmes officiels, y compris ceux liés à la protection sociale en santé.

### **Situation socio-économique**

La population de l'Afrique de l'Ouest Francophone dépasse 130 millions d'habitants (la population par pays varie d'un peu plus de 4 millions d'habitants en Mauritanie à près de 24 millions en Côte d'Ivoire). Tous les pays de la sous-région se caractérisent par une population très jeune et une fécondité très élevée (entre 4,5 et 7,6 enfants par femme). Ces taux représentent un handicap majeur pour l'atteinte du dividende démographique.

Le PIB par habitant dans la sous-région reste à un niveau faible, voire très faible : il se situe entre près de 400 \$US au Niger et 1500 \$US en Côte d'Ivoire. Pourtant la sous-région est riche en matières premières énergétiques, minières, agricoles et côtières. Le niveau de développement humain dans la sous-région demeure préoccupant. Les neufs pays concernés sont classés tous parmi les nations à faible niveau de développement humain par le PNUD. Le mieux classé est la Mauritanie à la 157 place ; de l'autre extrémité, on trouve le Niger à la 187 place.

### **Situation sanitaire**

Les systèmes de santé de la région de l'Afrique de l'Ouest Francophone y sont aussi disparates que l'état sanitaire des populations. Toutefois, des traits communs les caractérisent. A l'instar de la moyenne des pays de l'Afrique Subsaharienne, la région de l'Ouest Francophone est caractérisée par de faibles infrastructures qui sont autant de déterminants sociaux sanitaires défavorables.

L'offre de soins demeure limitée en termes de quantité et de qualité. En moyenne (nationale), la sous-région est sous-dotée par rapport à la moyenne du continent. Le ratio médecins pour 1000 habitants se situe entre 0,02 (au Niger) et 0.15 (au Benin) ; comparé à une moyenne continentale de 0.23. Il en est de même pour le ratio infirmiers pour 1000 habitants qui oscille entre 0,14 au Niger et 0.66 en Mauritanie (versus 1,1 pour l'Afrique Sub-Saharienne). Le nombre de lits hospitaliers pour 1000 habitants est bien au-deçà de la moyenne africaine qui est de 10 : il se situe entre 1 et 7 (respectivement au Mali et au Togo).

A cela, s'ajoute un faible recours aux services de santé en raison également de la modeste qualité des soins et une accessibilité financière réduite. Ainsi, le taux de prévalence des méthodes modernes de contraception chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans) dans la sous-région est le plus faible dans le monde : il varie entre 5% en Guinée et 20% au Togo, contre plus de 35% dans les pays à revenu faible. Il n'en est pas autrement des soins prénataux (quatre visites au moins) dont le

taux de couverture ne dépasse pas la moyenne subsaharienne pour six pays sur neuf, avec une variation entre 32,8% au Niger et 58,8% au Bénin.

En dépit des progrès enregistrés, les pays de la sous-région connaissent encore une surmortalité maternelle et infanto-juvénile. Le ratio de mortalité maternelle dans les neuf pays concernés est compris entre 315 décès pour 100.000 naissances vivantes (au Sénégal) et 679 décès/100.000 NV (en Guinée). Pour ce qui est de la mortalité infanto-juvénile, hormis le Sénégal (47,2) et le Togo (78,4), tous les autres pays ont un coefficient qui dépasse la moyenne africaine qui est de (83,2%). La sous-région se caractérise également par une persistance des maladies transmissibles doublée d'une hausse des maladies non transmissibles.

### **Situation du financement de la santé**

Dans les pays de la sous-région, le financement reste caractérisé par plusieurs insuffisances, principalement :

(i) La dépense de santé per capita est faible : Sur les neuf pays concernés, seuls quatre ont une dépense per capita en \$US courants supérieure aux 44 \$US recommandés par le High Level Task Force on Innovative International Financing for Health Systems (HLTF).

(ii) Le niveau de protection contre le risque financier des dépenses de santé est bas : le poids des dépenses privées, et particulièrement des paiements directs des ménages dans la dépense totale de santé est trop élevé. Ces paiements des ménages ont un poids qui se situe entre 34,3% au Niger et 50,8% en Côte d'Ivoire (contre 34,5% pour l'Afrique Sub-Saharienne).

(iii) La santé n'est pas prioritaire pour les gouvernements de la sous-région car la part du secteur dans les dépenses totales de ces gouvernements reste modeste et loin de la cible de la Déclaration d'Abuja (15% des dépenses publiques).

### **Situation du secteur informel**

Selon une estimation de l'AFD (2013) qui se base sur différentes enquêtes nationales, entreprises, en général dans les années 2000, le secteur informel emploie près de 75% des personnes actives, hors agriculture, dans la région ouest africaine. En outre, le secteur informel emploie entre 70% de la population active non agricole au Sénégal, 83% en Côte d'Ivoire et 78% au Burkina Faso. En incluant le secteur agricole, la taille de l'emploi informel passe à plus de 90% de l'emploi total dans les trois pays. Le secteur informel n'est pas seulement une importante source d'emplois, c'est aussi une source importante de production de biens et de services.

L'analyse de l'envergure du secteur informel en Afrique de l'Ouest Francophone montre que celui-ci n'est ni un fait mineur ni un phénomène passager. Aussi, toute réforme du financement de la santé ou politique de CSU doit prendre en considération l'importance de ce secteur.

### **Situation de la couverture sanitaire universelle dans la sous-région**

#### *Un engagement politique fort en faveur de la CSU*

A l'exception de la Mauritanie, tous les pays de la sous-région ont manifesté un engagement fort en faveur de la CSU au travers de la constitution, d'un texte de loi, de documents officiels de politique de santé et/ou de protection sociale, de déclaration présidentielle... A ce niveau, la sous-région est représentative du continent africain où cet engagement est très élevé également (96% des pays africains se sont engagés à définir et à mettre en œuvre une CSU).

#### *Une volonté de réduire la participation financière des usagers aux frais de soins dans les formations sanitaires publiques*

D'une manière générale, la participation financière des usagers aux frais de soins dans les formations sanitaires publiques dans la sous-région est devenue de plus en plus impopulaire même

si les déclarations politiques et officielles ne sont pas toujours claires. Aujourd'hui, une caractéristique principale des politiques de CSU dans la sous-région est la volonté de réduire ces paiements. Il existe actuellement un vaste consensus chez la plupart des décideurs qu'il s'agit d'une mesure cruciale pour accroître l'accès aux soins de santé et réduire les risques financiers liés à la santé. Par conséquent, à l'exception de la Mauritanie, l'ensemble des pays de la sous-région a mis en place des réformes en vue de réduire ou d'éliminer la participation financière des usagers aux frais de soins dans les formations sanitaires publiques contre 80% des pays dans toute l'Afrique.

En dépit des mesures prises, compte tenu du poids important de la participation financière des usagers aux frais de soins dans les dépenses totales de santé, il est difficile pour la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest Francophone de l'abolir complètement. Aujourd'hui, les pays de la sous-région les imposent à tous les niveaux de soins. Par ailleurs, dans la sous-région, l'abolition partielle des paiements pour certains services et les politiques de gratuité ciblée ont induit des problèmes de rationnement implicite, c'est-à-dire de longues files d'attente pour les services de santé, des ruptures de stocks fréquents de médicaments et des fongibles médicaux accompagnés de l'apparition d'un marché noir de ces produits et de l'exacerbation du double exercice des professionnels de santé dans les formations sanitaires publiques et privées.

#### *Les régimes de couverture médicale choisis par les pays de la sous-région*

Les pays de l'Afrique de l'Ouest Francophone essaient de promouvoir et de développer au profit de leurs populations une panoplie de régimes contributifs et non contributifs de couverture sanitaire en vue de leur offrir des interventions de santé subventionnées ou gratuites dans les formations de soins publiques et même privées. L'objectif étant d'éliminer ou d'atténuer les obstacles financiers à l'accès aux services de santé pour les populations concernées.

Concernant les régimes contributifs, les pays de la sous-région ont trois régimes différents : des mutuelles à base communautaires et deux régimes de type bismarckiens qui couvrent respectivement les fonctionnaires et les employés du secteur formel.

Selon les données collectées par la Banque Mondiale dans le cadre du programme « Going Universal », sept pays de la sous-région sur neuf (78%) ont des programmes contributifs d'assurance maladie sociale pour les fonctionnaires et 56% de ces pays ont des programmes pour les employés du secteur formel. En outre, les pays n'ayant aucun programme d'assurance maladie sociale ni pour les employés du secteur formel ni pour les fonctionnaires sont en cours de les développer. La participation à ces programmes, lorsqu'ils existent, est, en général, obligatoire et les cotisations (patronales et salariales) sont prélevées à la source. Les programmes au profit des fonctionnaires sont souvent élargis à tous les employés de l'Etat, y compris les militaires, les policiers..., mais aussi aux employés des collectivités locales, des entreprises publiques ainsi qu'aux parlementaires. Si les défenseurs du renforcement de programmes contributifs d'assurance maladie sociale soutiennent que ces programmes améliorent la mobilisation des ressources pour la santé et mutualisent les risques financiers et sanitaires, il n'en demeure pas moins que les régimes contributifs sont confrontés à des défis importants dans les pays où la main-d'œuvre est employée principalement dans le secteur informel comme c'est le cas de l'Afrique de l'Ouest Francophone.

Compte tenu des difficultés à couvrir le secteur informel, plus de deux-tiers des pays de la sous-région ont opté pour la promotion des mutuelles de santé. L'envergure de la couverture médicale par les mutuelles communautaires demeure faible (en général, en deçà de 10% de la population sont couverts). Toutefois, au Sénégal, où l'Etat a mis en place un Fonds dédié à la couverture médicale essentiellement destiné à subventionner l'assurance maladie au travers des mutuelles communautaires, la portée de la couverture par ce type de régime a commencé à prendre significativement de l'ampleur (« 15% de la population en décembre 2016). Le Sénégal s'est inspiré

de l'expérience rare et concluante du Rwanda qui a réussi à atteindre un taux de couverture élevé notamment grâce aux mutuelles de santé à base communautaire.

Concernant les régimes non contributifs, à l'exception du Togo, tous les pays de la sous-région ont mis en place au moins un programme de gratuité des soins pour des populations vulnérables : 89% des pays disposent d'un régime dédié aux pauvres ; 78% ont un programme de gratuité ciblant les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans et 33% offrent un régime au profit des personnes âgées.

En dépit de la kyrielle des régimes de couverture médicale et de la volonté des Etats de protéger leurs populations contre le risque maladie, l'écrasante majorité des familles (plus des quatre cinquièmes de la population de la sous-région) demeure sans couverture (à l'exception de quelques programmes gratuits de santé publique ciblant la santé maternelle et infantile, et la lutte contre le paludisme, le VIH-SIDA et la Tuberculose). En effet, tant que ces régimes ne parviennent pas à toucher significativement les travailleurs du secteur informel (y compris l'agriculture), la couverture de la population demeurera faible.

Un certain nombre de pays de la sous-région ont développé ou ont en cours de développement des régimes couvrant les travailleurs du secteur formel ainsi que les personnes indigentes (ex. du Mali avec l'AMO pour les travailleurs du secteur formel et le RAMED pour les personnes dites « économiquement démunies »). S'il est important d'améliorer la couverture existante dans les pays un peu avancés, particulièrement pour les plus pauvres, il n'en reste pas moins que le défi le plus important demeure le secteur informel non pauvre. En effet, très peu est fait pour les travailleurs non pauvres occupés dans le secteur informel.

## Synthèse de l'expérience internationale de la CSU et du secteur informel

Les points suivants synthétisent les principales leçons de l'expérience internationale :

### Encadré 1 Synthèse de l'expérience internationale de la CSU et du secteur informel

- Seule, l'assurance à base communautaire fragmentée sans obligation, sans mise en commun, et à petite échelle ne permet pas de couvrir le secteur informel à cause de la sélection adverse et des besoins énormes de subventionnement.
- La stratégie de segmenter le secteur informel selon la capacité de payer est difficile à mettre en œuvre et a des besoins d'information (et des coûts associés) assez importants.
- Les stratégies d'adhésion des secteurs selon des regroupements ont été expérimentées dans plusieurs pays avec des succès variés.
- Les besoins d'information et les coûts administratifs pour faire cotiser les travailleurs du secteur informel dépassent quelques fois les montants que l'on peut effectivement collecter.
- Même de substantielles subventions des cotisations sont souvent insuffisantes pour inciter les actifs du secteur informel à adhérer à des régimes d'assurance.
- Un niveau de cotisation faible pour un panier de prestations assez limité mais bien optimisé pourrait faciliter l'expansion rapide de la couverture de la population.
- Une grande mutualisation (un régime unique) est nécessaire pour permettre une mise en commun des régimes contributifs et subventionnés.
- La défragmentation est importante pour éviter la coexistence de divers systèmes de couverture pour des populations différentes. Toutefois, il faudrait s'assurer que les subventions pour les travailleurs du secteur informel pour des paquets identiques ou similaires n'encouragent pas l'informalité.
- Les pays qui ont considérablement progressé vers la couverture sanitaire universelle l'ont fait en augmentant les dépenses publiques de santé financées par les recettes publiques générales.
- Une couverture par l'assurance maladie n'élimine pas nécessairement les dépenses directes des ménages et le paiement de dessous de table au niveau des structures de santé, particulièrement s'il n'y a pas la disponibilité effective des services de santé de qualité.
- La communication est très importante pour augmenter la couverture<sup>1</sup>.

### Opinions des parties prenantes dans la sous-région

Au travers d'une enquête au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et au Sénégal auprès de plusieurs institutions publiques, partenaires internationaux, mutuelles corporatistes, mutuelles à base communautaire, et associations à base communautaire, des opinions fortes se sont dégagées, à savoir :

Premièrement, les moyens humains, financiers et institutionnels ainsi que l'offre de soins seraient modestes mais cela ne représenterait pas une raison pour ne pas développer la CSU. Au contraire, la mise à niveau de ces moyens, ces institutions et cette offre de soins devraient être un des axes forts de l'agenda de la CSU qui devrait être mise en place progressivement selon les capacités des pays.

Deuxièmement, la couverture (et l'adhésion) des travailleurs du secteur informel devrait être faite à travers des régimes obligatoires de protection contre le risque maladie. Les personnes interrogées ne pensent pas qu'un régime facultatif puisse attirer une majorité de ces travailleurs. Un régime volontaire est qualifié également d'être une source potentielle de sélection adverse.

---

<sup>1</sup> Par exemple en Indonésie, 58% des travailleurs informels étudiés ne savaient pas qu'un régime d'assurance existe ou ne savaient pas comment y adhérer.

Troisièmement, les avis exprimés sont en faveur d'un régime unique de couverture médicale pour l'ensemble des travailleurs du secteur informel (en dépit de son hétérogénéité). Ils sont même pour un seul régime obligatoire pour toute la population (y compris les plus pauvres, les fonctionnaires, le secteur formel et le secteur informel). Ce régime serait mis en œuvre par une seule institution publique qui pourrait signer des contrats de sous-traitance avec des entités ayant une proximité avec la population en vue de gérer partiellement ou totalement des fonctions comme l'immatriculation, la distribution de cartes de bénéficiaires, la collecte de cotisations...

Quatrièmement, concernant le financement, les personnes enquêtées suggèrent des cotisations pour tous les bénéficiaires, avec une certaine flexibilité quant à la fréquence de leur collecte. Ils proposent également l'utilisation des mutuelles comme entités de collecte de ces cotisations ainsi que les téléphones mobiles. Ils sont pour une forte participation de l'Etat au financement de la couverture médicale des travailleurs du secteur informel au travers des impôts et taxes. Cette participation serait destinée à subventionner une partie des contributions des travailleurs et à financer entièrement les cotisations et le ticket modérateur des plus pauvres.

Enfin, l'ultime suggestion concerne le panier de services de santé qui devrait être universel et qui devrait inclure des soins, des services et des bien médicaux essentiels (soins primaires et secondaires).

## **Proposition d'orientations stratégiques pour la couverture du secteur informel**

### ***Gouvernance***

*Architecture institutionnelle et Gestion.* En vue d'éviter la fragmentation institutionnelle, de faciliter la péréquation, en cas de besoin, et d'éviter des surcoûts de transaction, il serait plus efficient d'opter pour une institution qui serait en charge non seulement de la mise en œuvre et de la gestion de la couverture sanitaire des travailleurs du secteur informel, mais aussi de celle des autres catégories socio-économiques et professionnelles. Une telle option paraît adéquate pour les pays de la sous-région qui sont à la recherche de systèmes pérennes et économiquement soutenables. Cette unique institution chargée de la gestion générale du régime pour le secteur informel pourrait sous-traiter avec d'autres entités, ayant une meilleure proximité avec la population concernée et les prestataires de soins, en vue d'effectuer des opérations comme par exemple la distribution des cartes d'assuré, la sensibilisation communautaire, l'immatriculation, la collecte de cotisations, la gestion des feuilles maladie des soins ambulatoires hors hôpitaux, la collecte des plaintes...

*Systèmes d'information sanitaire, enregistrement civil et identifiant unique.* Un des facteurs favorables au succès du Japon dans les années soixante et soixante-dix ainsi que de la Thaïlande durant la dernière décennie dans le domaine de la couverture sanitaire universelle, en général, et celle du secteur informel, en particulier, a été l'enregistrement civil et la création d'une base de données fiable, centralisée et régulièrement mise à jour pour couvrir l'ensemble de la population. La Chine et les Philippines ont également créé un identifiant unique de sécurité sociale pour chaque citoyen. Au Rwanda, le gouvernement central, quant à lui, fixe des objectifs d'adhésion à la mutualité à base communautaire ainsi que des incitations financières au profit des collectivités locales selon le degré d'atteinte de ces objectifs.

*Campagnes de sensibilisation.* Les travailleurs dans le secteur informel ne sont pas toujours au courant des bénéfices sociaux des programmes de protection sociale en santé qui sont mis à leur disposition. Et même s'ils le sont, souvent ils ne savent pas comment y adhérer ou profiter de ces programmes. C'est pour cela qu'il est très important que le processus de couverture du secteur informel contre le risque maladie soit accompagné d'une campagne d'information et de

sensibilisation pour inciter les travailleurs à adhérer au système et pour expliquer les formalités tout en précisant leur simplicité (cas de la Chine et du Rwanda). Cette campagne doit commencer dès la préparation et continuer jusqu'au démarrage et la mise en vigueur.

*Un accompagnement des pays de la sous-région aligné sur les priorités nationales.* Il est important de reconnaître que de nombreux pays de la sous-région ont fait un choix politique afférent à la CSU avec des orientations spécifiques : par exemple, un bon nombre de pays concernés a choisi d'étendre la couverture sanitaire principalement au travers de l'assurance maladie. Quelques-uns ont opté pour les mutuelles corporatistes et les mutuelles à base communautaire en vue de couvrir respectivement les travailleurs du secteur informel localisé et les personnes occupées par des activités informelles non localisées (cas du Sénégal). Certes, la question de savoir si c'est véritablement le meilleur choix possible demeure légitime. Toutefois, il est important que les partenaires internationaux reconnaissent que c'est un choix souverain fait par ces pays qui est en cours de mise en œuvre. En soutenant financièrement et techniquement la sous-région, ces partenaires doivent reconnaître que les pays qui sont avancés ne demandent pas de conseils quant à la voie qu'ils devraient prendre ; ceux-là ont fait leur choix et demandent plutôt un soutien pour mettre en œuvre les voies qu'ils ont déjà choisies.

*Pour les pays qui sont au début de la réflexion sur la couverture sanitaire des travailleurs du secteur informel : élaborer d'abord une stratégie de financement de la santé*

Pour les pays de la sous-région qui sont encore à une phase de réflexion sur la CSU et/ou sur la couverture sanitaire des travailleurs du secteur informel, il est recommandé d'élaborer d'abord une stratégie nationale de financement de la santé qui sera une grande composante de la politique de CSU. Cette stratégie devrait orienter et guider les équipes gouvernementales et leurs partenaires en vue de mettre en œuvre une vision nationale émanant d'un consensus national obtenu au travers d'un processus participatif. Cette stratégie devrait contenir des orientations efficaces pour couvrir le secteur informel ainsi que leurs coûts et les prérequis institutionnels, juridiques et techniques nécessaires à la mise en œuvre de ces orientations. Bien évidemment, à défaut d'une telle stratégie, des études de faisabilité bien menées pourraient s'avérer utiles. Mais il est préférable de partir d'une vision holistique et de long terme pour une couverture universelle harmonieuse.

### ***Mobilisation des ressources***

*Un fort engagement financier et institutionnel de l'Etat.* Dans tous les pays ayant atteint un degré élevé de CSU, l'engagement de l'Etat a été fort. Dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest Francophone, les pays font face à des contraintes macroéconomiques importantes. L'espace budgétaire du secteur de la santé y est, en général, faible : les Etats allouent entre 5,6% et 11,2% de leurs budgets généraux à la santé ; une allocation éloignée de la cible de la Déclaration d'Abuja (15%). L'un des rares pays de l'Afrique Sub-Saharienne ayant atteint un niveau relativement élevé de CSU, à savoir le Rwanda, a un PIB par habitant qui se situe dans l'intervalle des pays de la sous-région mais alloue plus de 15% de son budget général au secteur de la santé. Il est donc possible de déployer davantage d'efforts financiers par les Etats de la sous-région qui ont clairement montré leur volonté politique de faire avancer l'agenda de la CSU et la couverture de toute la population, y compris les travailleurs du secteur informel. Par exemple, un pays comme le Sénégal a déjà entamé des efforts louables (mais qui restent à consolider) pour soutenir financièrement et institutionnellement l'agenda de la CSU.

*Financements innovants.* Riches en matière de ressources naturelles, les pays de la sous-région pourraient mettre en place des taxes affectées sur ces ressources dont pourrait bénéficier le secteur

de la santé. Un bon exemple récent est la RDC qui a reformé la loi sur les Mines incluant des financements fléchés vers la santé. Les bailleurs de fonds ont aussi un rôle important à jouer pour accompagner les pays, en harmonisant leurs financements autour des priorités nationales, avec une vision de soutenabilité et la mobilisation progressive des ressources domestiques. Des initiatives récentes, tels que Le Mécanisme de Financement Mondial (Global Financing Facility, GFF) lancé en juillet 2015 à Addis Ababa offre une plateforme potentielle pour une telle coordination.

*Paiements flexibles des contributions.* Concernant le paiement des contributions aux régimes qui couvrent les travailleurs du secteur informel, la technologie utilisée, les moyens de collecte, le calendrier et la programmation de ce paiement affectent l'adhésion et son maintien. En vue d'améliorer la collecte des contributions et diminuer le taux d'abandon, des stratégies ont été identifiées et mises en place dans plusieurs pays qui consistent à proposer un calendrier de paiement flexible selon la nature des occupations des bénéficiaires. Cela concerne notamment les agriculteurs dont les revenus sont concentrés durant les périodes de récoltes. Par ailleurs, plusieurs pays envisagent les paiements par téléphone mobile en vue de réduire le temps et les coûts associés aux paiements dans des emplacements fixes. D'autres utilisent des entités de proximité pour la collecte des contributions, notamment les associations et les mutuelles à base communautaire. Il existe plusieurs possibilités de contribution financière : (i) cotisations, (ii) forfaits homogènes périodiques, (iii) forfait annuel standard. Les cotisations seraient plus pertinentes pour les employés du secteur informel localisé. Toutefois, cette modalité perd tout son sens en présence de personnes occupées dans des activités informelles non localisées (vendeurs à la sauvette, porteurs...). Le paiement de forfaits paraît plus adéquat même si ceux-là favorisent un financement régressif comme dans le cas du Ghana. Malgré leur coût et leur lourdeur, il est possible d'instituer des forfaits avec différents paliers et hétérogènes selon le type d'occupation.

### ***Mise en commun des ressources***

*Intégrer la gratuité ciblée avec l'assurance maladie.* Comme tous les pays de la sous-région ont des mécanismes de gratuité ciblée, la couverture de la population doit prendre en compte l'harmonisation de ces politiques de gratuité et des régimes d'assurance maladie. Souvent, ces mécanismes ne sont pas effectivement gratuits ni suffisamment ciblés. C'est une réalité politique qui exige une approche pragmatique. Les pays de la sous-région connaîtront d'énormes difficultés pour faire face à la fois aux gratuités et à la subvention de l'accès à l'assurance. En outre, un système non-intégré induirait des inefficiences importantes du fait de la fragmentation, des duplications administratives, des coûts administratifs élevés et une difficulté de mettre en place un achat stratégique fort.

*Opter pour l'obligation en vue de maximiser la couverture sanitaire et de mieux lutter contre la sélection adverse.* La plupart des pays à revenu élevé ou intermédiaire qui ont eu recours à l'assurance-maladie pour couvrir leur population l'ont fait au travers de régimes obligatoires tout en subventionnant les populations les plus vulnérables. L'assurance maladie volontaire n'est pas une voie pertinente vers la CSU. En effet, dans de nombreux pays en voie de développement, en dépit de présence de subventions, ces programmes volontaires induisaient de très faibles adhésions dans le secteur informel et un degré élevé de sélection adverse (les adhérents volontaires étaient surtout des personnes à haut risque ou membres de ménages à grande taille).

*Améliorer les incitations à l'obligation.* Les incitations dites « négatives », de type « on ne peut obtenir un service public donné que si on est couvert par un régime de protection sociale en santé », pourraient s'avérer très efficaces s'elles sont bien adaptées et ne remettent pas en cause d'autres programmes sociaux importants. Par exemple des pays comme l'Indonésie font conditionner l'obtention d'un permis de conduire, d'un titre foncier ou d'un passeport à l'existence d'une couverture contre le risque maladie. D'autres pays comme le Sénégal ou la Côte d'Ivoire sont en cours de réflexion sur la possibilité de conditionner l'obtention d'une ligne de téléphone mobile à



l'adhésion à un régime de protection sociale en santé. Toutefois, ces conditionnalités pourraient s'avérer nuisibles pour d'autres secteurs comme l'éducation (ou l'enregistrement civil) si on liait l'inscription scolaire à la condition de protection sociale en santé. Cela risquerait de nuire aussi bien à la scolarisation qu'à la santé de la population en cas de refus massif des actifs du secteur informel.

*Développer des méthodes innovantes et adaptées au contexte pour toucher le secteur informel.* Pour cibler et faire adhérer les travailleurs du secteur informel et leurs ayants droit, les possibilités sont nombreuses au travers de groupes professionnels organisés (corporations des vendeurs, des transporteurs, des couturiers...), d'associations, de tontines, de mutuelles de micro-crédit, de groupes religieux... Toutefois ces possibilités restent fragmentées et ne permettent pas d'atteindre les travailleurs du secteur informel non localisé. C'est pour cela qu'il serait nécessaire de recourir à des voies qui permettent de toucher un nombre très important d'actifs du secteur informel et leurs familles. Une des voies prometteuses est la téléphonie mobile. Selon l'Union Internationale des Télécommunications (UIT), en 2016, il y avait près de 116 millions de souscriptions à la téléphonie mobile en Afrique de l'Ouest Francophone, sur une population totale de moins de 132 millions. Donc avec un taux de pénétration très élevé de la téléphonie mobile, il serait intéressant d'explorer les moyens non seulement de faire adhérer les travailleurs du secteur informel mais aussi de leur faciliter les paiements des cotisations et la réception des montants de remboursement de soins en cas de besoin.

*Le choix de mise en commun des fonds et de financement de la couverture du secteur informel.* De par le monde et non pas uniquement dans les pays en développement, le financement des systèmes de santé est de plus en plus hybride : c'est plutôt un mélange entre le système Beveridgien (basé sur les impôts) et le système Bismarckien (fondé sur les cotisations à l'assurance maladie). Chaque pays mène son dialogue avec toutes les parties prenantes en vue de déterminer quel pourrait être le meilleur dosage et équilibre pour son propre système. Il est recommandé toutefois de créer un Fonds commun à la couverture sanitaire des travailleurs du secteur informel. Ses sources pourraient provenir surtout de l'Etat, des employeurs (secteur informel localisé) et des bénéficiaires. La cotisation ou participation financière des employeurs est non seulement une source de financement, mais aussi un moyen de faire participer le secteur informel localisé, à l'instar du secteur formel. Bien réfléchi et bien dosé, ce mécanisme pourrait atténuer fortement le risque de basculement de l'emploi formel vers l'informel.

*Politique de ciblage : oui mais les discriminations, les lourdeurs et les surcoûts sont à éviter.* Le ciblage n'est pas en contradiction avec l'universalisme si la vision est d'identifier les plus pauvres pour pouvoir leur éviter de payer des cotisations ou des copaiements qui risqueraient soit de les dissuader de se couvrir et d'utiliser les soins, soit de les appauvrir davantage. Cependant ces outils de ciblage ne devraient pas être transformés en un but en soi et devenir un obstacle coûteux et bureaucratique. En outre, ces ciblage ne devraient pas être un prétexte pour « ranger » ces groupes vulnérables dans des régimes « indigents » et discriminatoires, des régimes spécifiques où les bénéficiaires ne sont pas logés à la même enseigne que le reste de la population plus avantagé

### ***Achat des prestations***

*Choix du paquet de services de santé pour les travailleurs du secteur informel.* Le panier devrait être universel et défini d'une manière homogène dans le cadre de la CSU pour toutes les catégories de la population : fonctionnaires, travailleurs du secteur formel privé, personnes pauvres, employés du secteur informel (y compris les travailleurs agricoles). Dans le cas du Sénégal et de la Côte d'Ivoire, cela est défini déjà dans des textes de lois. La raison essentielle de ce position unanime

est lié au principe d'équité et d'égalité. Pour cela, il serait préférable d'opter pour un panier universel et essentiel des services de santé pour toute la population dont le coût est abordable pour l'économie nationale.

Une autre considération est le choix des prestataires qui doit être dicté par des considérations d'achat stratégique. L'utilisation d'une approche de « payeur unique » pourrait aider à uniformiser les règles du jeu vis-à-vis des prestataires de soins quel que soit leur statut (public, privé à but lucratif, confessionnel ou à but non lucratif).

*Mise à niveau de l'offre de soins.* Un des facteurs importants de réussite de l'agenda CSU, et particulièrement de la couverture du secteur informel, dans les pays en développement est sans aucun doute la mise à niveau de l'offre de soins en termes aussi bien de quantité que de qualité. Trop souvent, la question de CSU est vue comme une question de couverture financière. Mais donner aux populations une couverture sans assurer l'accès à des services de qualité est insuffisant et peut même avoir des effets pervers.

C'est pour cela qu'il est très important d'inscrire la mise à niveau de l'offre de soins comme un axe important de la CSU et la couverture du secteur informel. Cela permettra non seulement d'attirer un nombre très important de bénéficiaires et de les maintenir dans les régimes qui les couvrent, mais aussi d'atténuer les coûts associés à l'absence de qualité des soins (surmortalité, complications, handicaps...).

# 1. Introduction

La quête de la couverture sanitaire universelle (CSU) n'est pas l'apanage des pays développés. Aujourd'hui, quasiment tous les pays, quel qu'en soit le niveau de développement et de revenu, aspirent à offrir à leurs populations une CSU à la mesure de leurs possibilités. Les pays francophones en Afrique de l'Ouest qui ont déclaré clairement leur intention de poursuivre une politique de CSU sont à différents stades de développement et de mise en œuvre de cette politique. Alors que tous les pays semblent opter pour des approches contributives pour inclure le secteur informel dans la CSU, aucun d'entre eux n'a encore trouvé de stratégie efficiente et réalisable pour y parvenir. Même si les approches contributives ont leurs propres forces et faiblesses, il n'en demeure pas moins que de nombreux pays estiment que c'est actuellement la principale option en raison des contraintes budgétaires actuelles.

Cet agenda légitime et ambitieux est confronté à une multitude de défis et de contraintes en termes économiques, institutionnels, politiques et techniques, particulièrement dans les pays en développement, y compris l'Afrique de l'Ouest. Un de ces défis majeurs dans les pays à revenu faible et à revenu moyen demeure la prépondérance de l'emploi informel sur le marché du travail. Son poids hypertrophié dans l'économie a un impact négatif, entre autres, sur l'assiette fiscale et le recouvrement des impôts ainsi que sur les possibilités d'adhésion et de contribution à des régimes d'assurance maladie. En effet, si dans une bonne majorité de pays en développement on arrive plus ou moins à couvrir les travailleurs dans le secteur formel, les fonctionnaires et, dans une moindre mesure, la population indigente, les travailleurs du secteur informel sont rarement couverts par des programmes d'assurance maladie ou autres régimes de protection sociale en santé, et sont référés comme le « groupe mitoyen oublié » (« *missing middle* »). A titre illustratif, dans un pays comme l'Indonésie où environ 60 pour cent des emplois se trouvent dans le secteur informel, de grands progrès ont été réalisés dans la fourniture d'une couverture sanitaire au secteur formel et aux pauvres, mais on estime que 32,5 millions de travailleurs informels non pauvres n'ont pas de protection financière contre le risque maladie (GIZ, 2013).

Dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest Francophone, où la proportion du secteur informel dépasse 90 pour cent de la population (quand le secteur agricole est inclus), et où, en général, les travailleurs du secteur informel et leurs familles ne bénéficient pas des régimes existants de protection sociale, les solutions au problème de protection sociale en santé des travailleurs informels est un défi politique et économique encore plus important. La nature du secteur informel en général, et le secteur informel dans la sous-région en particulier, suggère que les stratégies pour que la CSU inclue ce secteur dans les pays en Afrique francophone doivent être adaptées à la situation sur le terrain. Les approches utilisées dans d'autres pays africains, ou dans d'autres continents comme l'Amérique latine et l'Asie de l'Est ou du Sud, ne fonctionneraient pas nécessairement en Afrique francophone et devraient être rigoureusement examinées et adaptées si leurs gouvernements veulent tenir la promesse d'atteindre la CSU.

## a. Objectif

L'objectif de cette étude est donc de suggérer un certain nombre d'orientations stratégiques et spécifiques au contexte des pays francophones de l'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Togo) en vue d'une inclusion effective du secteur informel dans la CSU. Ces options seront basées à la fois sur l'analyse spécifique des données de ces pays et sur l'expérience internationale. Les pays ont été sélectionnés en fonction de leur emplacement (pays d'Afrique de l'Ouest), leurs progrès à ce jour dans le domaine de la CSU, leur niveau d'intérêt pour le développement de cette politique et la possibilité d'intégrer les recommandations qui en découlent. En raison de la difficulté de mener des analyses détaillées dans tous les pays concernés, l'étude a focalisé ces analyses (détaillées) sur trois pays, à savoir, le

Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Sénégal. Pour le reste des pays, l'étude a eu recours à des données secondaires.

## **b. Définitions**

### *Couverture Sanitaire Universelle :*

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2010), chacun doit être en mesure d'avoir accès à des soins dont il a besoin (incluant la promotion, les soins préventifs, curatifs, rééducatifs et palliatifs), d'une qualité suffisante pour être efficaces, sans subir pour autant de difficultés ou de conséquences financières lourdes.

Cette définition de la CSU insiste sur des aspects très importants. Premièrement, la CSU doit concerner toute la population (universalisme). Deuxièmement, elle doit améliorer l'équité dans l'utilisation des services en réduisant l'écart entre le besoin et l'utilisation des services de santé. Troisièmement, la qualité de ces services doit être suffisante en vue d'améliorer significativement le niveau de santé de la population. Quatrièmement, la CSU s'appuie sur la protection financière contre le risque maladie dans le but d'éviter à tout un chacun de tomber dans la pauvreté à cause de paiements dit catastrophiques lors de l'utilisation des services de santé.

Selon ces critères, difficiles à atteindre complètement, aucun pays n'a atteint entièrement tous les objectifs de la CSU. Ceci est d'autant plus difficile pour les pays à faible revenu. C'est donc un idéal dont on voudrait s'approcher au maximum et non pas un objectif réalisable à 100% ; une sorte « *d'utopie conductrice* ». En effet, tous les pays veulent : (i) améliorer la protection financière ; (ii) réduire l'écart entre besoin et utilisation des services de santé et (iii) améliorer la qualité de ces services. Ainsi définie, la CSU paraît comme une politique faisable par toutes les nations quel qu'en soient le niveau de revenu et le stade de développement.

### *Secteur informel :*

Le BIT définit le secteur informel comme « Un ensemble d'unités produisant des biens et des services en vue de créer des emplois et des revenus pour les personnes concernées. Ces unités, ayant un faible niveau d'organisation, opèrent à petite échelle et de manière spécifique, avec peu ou pas de division entre le travail et le capital en tant que facteurs de production. Les relations de travail, lorsqu'elles existent, sont surtout fondées sur l'emploi occasionnel, les relations de parenté ou les relations personnelles et sociales plutôt que sur des accords contractuels comportant des garanties en bonne et due forme. »

Dans le contexte des pays Africain francophone, Benjamin et al (2013) propose une définition de l'informalité qui utilisant six critères : la taille, l'enregistrement, l'honnêteté des comptes, la fixité du lieu de travail, l'accès au crédit et l'impôt statut. Il distingue également deux catégories d'entreprises informelles : grandes et petites. Les grandes entreprises informelles sont comparables à celles du secteur moderne, mais se comportent de manière informelle à d'autres égards (Benjamin et al., 2013, p. 3).

Au niveau statistique, le secteur informel est défini comme : « Un ensemble d'unités de production informelles (UPI) qui, au sein du Système de comptabilité nationale, constituent un élément du secteur institutionnel des ménages, en tant qu'entreprises individuelles produisant, au moins en partie, pour le marché ». Ces entreprises ne constituent pas une personne morale distincte du ménage ou des membres du ménage auxquels elles appartiennent et ne tiennent pas un ensemble complet de comptes permettant de distinguer clairement les activités de production de l'entreprise des autres activités de ses propriétaires et d'identifier les flux éventuels de revenus et de capitaux entre les entreprises et les propriétaires. Le secteur informel ainsi défini, quels que soient le lieu de travail, l'importance des immobilisations, la durée de l'activité et son exercice à titre principal ou secondaire, comprend d'une part, les entreprises de travailleurs à compte propre qui peuvent

employer des travailleurs familiaux non rémunérés et des salariés occasionnels. D'autre part, il comprend les entreprises qui peuvent employer un ou plusieurs salariés sur une base permanente et dont le nombre d'emplois est inférieur à un certain seuil que le groupe de Delhi de la Commission statistique des Nations unies a fixé récemment à cinq salariés et le non-enregistrement de l'entreprise ou de ses salariés.

En général, le terme « secteur informel » est largement utilisé pour désigner la partie du marché du travail des pays en développement qui absorbe un nombre important de demandeurs d'emploi et de chômeurs, pour la plupart engagés dans des activités indépendantes ou de très petites unités de production. Elle est caractérisée par son hétérogénéité : de nombreux sous-secteurs très différents ainsi que la représentation de tous les niveaux de revenu. Cependant, on peut dire que la majorité du secteur partage un certain nombre de caractéristiques : capital modeste ; peu de main-d'œuvre qualifiée ; accès limité aux marchés organisés et à la technologie ; revenus faibles et irréguliers ; conditions de travail médiocres ; elles échappent aux statistiques officielles et aux réglementations publiques et sont, presque toujours, en marge des systèmes officiels de protection sociale et de protection des travailleurs (BIT, 2000).

C'est la définition d'informalité du BIT ci-dessus qui sera utilisée dans ce document avec élargissement au secteur agricole et inclusion de toutes les personnes à charge des travailleurs informels (ayant droits).

Cette définition insiste sur le fait que le secteur informel est constitué de personnes à la marge des systèmes officiels, y compris ceux liés à la protection sociale en santé<sup>2</sup>. En effet, dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest Francophone, en général, les travailleurs du secteur informel (définis ainsi, élargis au secteur agricole) et leurs familles ne bénéficient pas des régimes existants de protection sociale et leur statut à la marge des systèmes officiels constitue le défi principal de leur couverture par un régime de protection financière contre les dépenses liées à la santé dans le cadre du CSU.

### **c. Méthodologie**

L'étude s'est déroulée en plusieurs étapes. Une première phase a consisté à décrire la situation actuelle dans ces pays en ce qui concerne à la fois le développement de la CSU que l'état du secteur informel. Pour cela, deux rapports (un premier sur la CSU et un second sur le secteur informel) ont été préparés pour chacun des trois pays suivants : Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Sénégal. Cette étape était nécessaire en vue de produire des rapports donnant un état des lieux détaillé de la CSU, d'une part, et du secteur informel, d'autre part, dans les trois pays mentionnés ci-dessus. Elle a été particulièrement utile pour la rédaction du chapitre 3 sur le « Contexte de l'Afrique de l'Ouest Francophone »

Une seconde phase a mis l'accent sur les échanges et les discussions avec les parties prenantes et les experts dans les pays concernés. L'objectif de cette étape est de collecter le maximum d'avis possibles, de la part des détenteurs d'enjeux, sur la question de la couverture du secteur informel. Ainsi en novembre 2016, lors du symposium international sur la CSU organisé à Abidjan<sup>3</sup>, une

---

<sup>2</sup> Ce document ne s'intéresse pas aux activités informelles ou sous-terraines des entreprises dites formelles (qui tiennent une comptabilité en règle, paient toutes les taxes et tous les impôts dus, adhèrent à la sécurité sociale formelle...) mais dissimulent des activités et des emplois informels (ou au noir). Cette partie de l'économie informelle se situe à une zone grise où il est difficile de distinguer le secteur formel du secteur informel. Ici, on ne voudrait pas se focaliser sur cette tranche de l'économie informelle qui ne représente pas la grande majorité de la population travaillant dans le secteur informel stricto sensu. De plus, ces activités sous-terraines des entreprises formelles relèvent plus d'une politique de lutte contre la fraude que d'une politique d'intégration d'un secteur à la marge des systèmes officiels.

<sup>3</sup> Les pays ayant participé sont : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Mali, Maroc, Niger, Rwanda, Sénégal et Togo.

session entière a été consacrée à la thématique de la couverture du secteur informel. Par la suite (début 2017), les auteurs de ce document ont eu des entretiens sur place avec la majorité des détenteurs d'enjeux au Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Sénégal. De plus, un questionnaire a été préparé et administré auprès des différentes parties prenantes dans le processus de CSU (ministère de la santé, ministère des finances, ministère des affaires sociales, du travail et de protection sociale, agences/caisses d'assurance maladie, institutions de sécurité sociale, mutuelles, associations et organisations at agences internationales) dans les trois pays cités ci-dessus. Les réponses ont été compilées, exploitées et synthétisées dans la section 4.3. Enfin, les auteurs ont utilisé une base de données construite par une équipe de la Banque Mondiale chargée du programme UNICO sur la CSU en Afrique (Cotlear and Rosemberg, 2017) en se basant sur un questionnaire dédié aux avancées de la CSU dans le continent.

Cette seconde phase a alimenté surtout le chapitre quatre sur « Visions, politiques et opinions sur la question de la couverture sanitaire des travailleurs du secteur informel », le chapitre cinq sur les orientations stratégiques, et dans une moindre mesure, le chapitre trois.

Une troisième et ultime phase a consisté à effectuer une revue des expériences internationales (réussites et échecs) qui sont autant de leçons très instructives en vue de pouvoir proposer des options stratégiques réalistes dans le but d'intégrer efficacement les travailleurs secteur informel et leurs familles dans la CSU dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest Francophone (chapitre 5).

En plus des données détaillées collectées sur le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Sénégal, des données secondaires ont été utilisées pour le reste des pays de l'Afrique de l'Ouest Francophone.

Conjointement, ces données, analyses, leçons internationales et opinions des parties prenantes, fournissent des éléments importants pour que le rapport, dans son ensemble, puisse faire le point sur l'analyse de situation, d'une part, et propose des orientations stratégiques pour la couverture du secteur informel, d'autre part.

#### **d. Limitations**

Le secteur informel est un pan particulier de l'économie car, en général, les actifs dans ce secteur opèrent à la marge des systèmes et circuits officiels et formels. Donc il est très difficile à appréhender. Les statistiques et les données sont difficiles à obtenir. Et quand elles sont disponibles, elles ne sont pas toujours actualisées et comparables au travers du temps et entre les pays.

La littérature, les recherches et les études sur la CSU et le secteur informel dans les pays francophones ne sont pas nombreuses. Ce nombre limité d'études (et de rencontres, séminaires et ateliers) sur cette question ne contribue pas à améliorer significativement ni les connaissances (dans et sur ces pays) ni les capacités institutionnelles de ces pays.

Finalement, les revues détaillées des secteurs informels et de la CSU, n'ont pas concerné tous les pays de la sous-région. Les entretiens tenus avec des parties prenantes, experts et informateurs principaux n'ont concernés que trois pays assez représentatifs du groupe ciblé : Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Sénégal. La généralisation de nos recommandations à l'Afrique de l'ouest francophone est limitée par la représentativité de ces trois pays à la sous-région. Cela dit, le symposium organisé à Abidjan en novembre 2016 (voir ci-dessus), où sept pays sur les neuf concernés ont participé, a permis d'approfondir l'analyse situationnelle. Notre revue élargie tient compte des données de toute la sous-région, et est faite avec considération d'applicabilité de nos recommandations à tous les pays concernés.

## **e. Structure du texte**

Ce document est scindé en plusieurs parties : Suit cette introduction (chapitre 1), le chapitre 2 décrit brièvement le concept de l'économie informelle et l'expérience internationale sur des stratégies de sa couverture avec la protection sociale en santé. Le troisième chapitre décrit le contexte socio-économique et sanitaire des pays de la sous-région d'Afrique de l'Ouest Francophone ainsi que la situation actuelle du secteur informel et de la CSU. Le chapitre 4 donne un aperçu sur les visions, politiques et opinions sur la question de la couverture sanitaire des travailleurs du secteur informel. Enfin, le dernier chapitre (cinq) propose des options stratégiques en vue d'élargir la CSU aux travailleurs du secteur informel et leurs familles.

## **2. Secteur Informel**

### **2.1. Origine et caractéristiques de l'économie informelle**

Selon Charmes, le modèle fondateur de l'économie du développement, « le développement économique avec offre illimitée de main d'œuvre » de A. W. Lewis (1954), a fait admettre dans la théorie économique l'idée que le salariat était destiné à s'étendre et se généraliser avec l'industrialisation et la modernisation des économies et des sociétés du moment que les migrations rurales-urbaines qui interviennent à large échelle en raison de la faible productivité de l'agriculture dans les campagnes pourraient fournir une main d'œuvre très disponible et à bon marché pour le démarrage de cette industrialisation (Charmes, 2012). Toutefois, à la fin des années soixante, il était devenu évident que « le modèle de Lewis ne fonctionnait pas comme prévu et il devait revenir à Todaro (1969), puis plus tard à Fields (1975), de le remettre en cause.

Dès la fin des années 1960 et le début des années 1970, le Programme Mondial de l'Emploi était lancé par le Bureau International du Travail : la confiance dans le modèle de Lewis avait disparu et la crainte de taux de chômage et de sous-emploi toujours plus forts était désormais présente, principalement due aux taux de croissance démographique élevés et à l'importance de l'exode rural. Etudes et enquêtes furent lancées dans diverses régions du monde dans le cadre du Programme Mondial de l'Emploi. Le rapport du BIT sur le Kenya (BIT, 1972), d'expliquer pourquoi et comment l'absence de création d'emploi dans le secteur moderne n'avait pas provoqué une augmentation insoutenable du chômage, et d'inventer ou plutôt d'enraciner le concept de secteur informel en tant que catégorie majeure pour l'analyse des marchés du travail dans les pays en développement. » (Charmes, 2014).

Apparu en 1972, le terme « informel » est utilisé par le BIT pour désigner l'ensemble des activités urbaines qui offrent un emploi en dehors des cadres législatifs et de la réglementation du travail. En raison de la place grandissante prise par ces activités au cours des dernières décennies, le BIT ainsi que l'Institut africain des statistiques (AFRISTAT) se sont efforcés d'en adopter une définition précise dans le but d'intégrer le maximum d'activités informelles dans le cadre de la comptabilité nationale.

En raison de son poids très important, ce secteur induit de nombreuses questions, à savoir, son rôle dans la société et l'économie : S'agit-il d'un choix ou d'une contrainte ? Le secteur informel est-il un secteur marginal ou un secteur moteur dans l'économie ? Est-il inséré ou cloisonné et fonctionnant de manière autarcique ? Enfin, selon l'hypothèse encore prégnante qui le décrit comme un secteur de transition entre l'économie traditionnelle et l'économie moderne, ce secteur est-il voué à disparaître ou va-t-il perdurer ? Des interrogations apparaissent aussi sur l'emploi informel notamment concernant son poids et ses facteurs explicatifs (AFD, 2013).

Les différentes approches peuvent être illustrées par trois écoles de pensée dominantes :

- L'approche dualiste explique qu'il s'agit essentiellement d'une économie de subsistance résultant du fait que le secteur moderne n'arrive pas à absorber toute la main d'œuvre des pays concernés. Dans ce sens-là, l'informel est appelé à disparaître avec la croissance.
- L'approche structuraliste souligne le lien de subordination entre le secteur formel et le secteur informel dans le cadre d'un système capitaliste : le formel tire profit de l'existence du secteur informel, des bas coûts du travail, pour être plus compétitif.
- L'approche légaliste, ou approche libérale, insiste sur l'importance des coûts de la formalisation. Elle considère que l'économie informelle est une économie de micro entrepreneurs qui cherchent avant tout à échapper volontairement aux régulations de l'État.

Outre les définitions proposées par le BIT et AFRISTAT, Benjamin et Mbaye (2012) confirment que l'un des plus grands défis rencontrés par les analystes du secteur informel est l'absence de consensus sur la définition du secteur informel. Pour ces auteurs, la plupart des définitions du secteur sont binaires et limitées à l'utilisation de seulement certains critères, notamment l'enregistrement, la tenue de comptabilité et la taille de l'entreprise. Ainsi, ils se démarquent de ces travaux pour proposer une définition composite reposant sur de multiples critères (six au total) qui selon eux serait plus appropriée. Néanmoins, tout en soulignant que leur définition était plus complète que les mesures précédentes, limitées à un ou trois critères, ils reconnaissent que leur mesure de l'informel ne couvre pas tous les aspects du secteur et que trois critères parmi les six retenus semblent particulièrement importants (la taille, la tenue de compte sincère et le régime fiscal).

Du fait de ces différentes conceptions de l'informel, des efforts ont été consentis ces dernières décennies pour mettre en place une méthodologie homogène. A cet effet, le Programme d'Appui Régional aux Statistiques (PARSTAT) pour la surveillance multilatérale des pays de l'UEMOA a été initié en 2001-2002 sur la base d'enquêtes 1-2-3. Il s'agit du seul projet qui ait traité les villes de plusieurs pays avec les mêmes définitions et une méthodologie proche de celle préconisée par le BIT. Il a porté sur sept capitales de pays francophones (Abidjan, Bamako, Cotonou, Dakar, Lomé, Niamey, Ouagadougou). Le secteur informel y est défini essentiellement à partir de trois critères à savoir : l'enregistrement, la tenue de comptabilité et la fiscalité.

Dans le milieu urbain, on observe souvent que le secteur informel se compose principalement d'unités de production et d'activités de subsistance qui répondent à un besoin de survie, rapportent peu, ne sont guère intégrées au reste de l'économie et souffrent d'un manque de productivité, de qualifications, de technologies et de capital. Toutefois, on constate aussi que certaines parties de ce secteur sont assez modernes et dynamiques, capables de se développer et de créer des revenus et des emplois (BIT, 2000), à l'instar des couturiers et des transporteurs à Dakar. Dans le milieu rural, le secteur agricole pourrait être considéré comme faisant partie du secteur informel en raison de la taille des exploitations, en général ; la faible productivité ; l'utilisation minimale de technologies modernes ; et la quasi absence du salariat formel.

Selon la définition élargie adoptée par ce document, qui comprend la secteur agricole ainsi que les ayant droits, on constate que dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest Francophone, en général, les travailleurs du secteur informel et leurs familles ne bénéficient pas des régimes existants de protection sociale et leur statut à la marge des systèmes officiels constitue le défi principal de leur couverture par un régime de protection financière contre les dépenses liées à la santé dans le cadre de la CSU.



## 2.2. Bref aperçu sur les défis généraux de la couverture du secteur informel par les régimes de protection sociale en santé

Globalement, il y a une extensive et bonne littérature sur les questions induites liées à l'atteinte du secteur informel avec la CSU (Bitran R., 2014 ; Acharya A, Vellakkal S, Taylor F, et al., 2013 ; Mills A., 2007 ; Arhin-Tenkorang D., 2001; Okungu V, Chuma J, Mulupi S, McIntyre D., 2018; Cotlear D, Nagpal S, Smith OK, Tandon A, Cortez RA, 2015; Aterido R, Hallward-Driemeier M, 2011; Bennett S., Creese A., and Monasch R., 1998 ; Camacho A., Conover E., and Hoyos A., 2009 ; Hyoung-Sun J., 2010 ; Wagstaff A. and Wanwiphang M., 2012). Un livre récent de Bitran R. (2014) fournit l'une des analyses les plus complètes. Il cite un certain nombre de raisons pour lesquelles il est difficile d'amener le secteur informel à s'inscrire à une assurance-maladie volontaire prépayée, notamment :

- Sélection adverse : les travailleurs du secteur informel avec de grandes familles ou qui s'attendent à utiliser davantage de services de santé sont plus susceptibles de s'inscrire à la couverture santé. Étant donné que les cotisations sont généralement faibles pour ces adhérents, il est fort probable que le coût des services qu'ils consomment excède les revenus générés, ce qui entraîne des problèmes de viabilité du programme.
- Coûts administratifs élevés : le coût de l'adhésion sélective des travailleurs du secteur informel et de la perception de la cotisation est susceptible d'être trop élevé par rapport au montant collecté, ne laissant que peu de marge pour couvrir les dépenses techniques de la santé ;
- Autres options : les travailleurs du secteur informel qui ne sont ni pauvres ni vulnérables peuvent décider de ne pas s'inscrire dans une couverture prépayée (assurance maladie) et recevoir à la place des soins de santé subventionnés de la part des prestataires publics ;
- Incitations perverses : en fonction des différences dans les avantages offerts par les régimes volontaires et subventionnés, certains travailleurs du secteur informel peuvent présenter de fausses déclarations en vue d'être considérés comme pauvres afin d'obtenir des soins de santé subventionnés ou gratuits ;
- Migration entre le secteur formel et informel : certains travailleurs du secteur formel peuvent décider de quitter le secteur formel pour devenir informels et obtenir une couverture de santé subventionnée. Toutefois, il est important de noter que dans le contexte de l'Afrique francophone, le volume de la migration entre les secteurs formel et informel est beaucoup moins important que dans d'autres parties du monde, telles que l'Amérique latine.

En ce qui concerne le traitement de ces questions, il cite un certain nombre de stratégies qui ont été utilisées par divers pays pour encourager la participation des régimes informels à la couverture sanitaire universelle. Une stratégie importante dans de nombreux pays a été de supprimer ou de limiter le montant des paiements directs pour les personnes du secteur informel inscrites dans les régimes de couverture universelle de santé. Cela augmente la valeur perçue d'une telle inscription et réduit les paiements inattendus potentiels.

Il suggère que la fourniture continue de services subventionnés par un ministère de la Santé ou un autre fournisseur public - malgré les limitations de qualité et / ou de disponibilité - constitue une assurance implicite sur laquelle les citoyens informels non assurés comptent pour obtenir les services de santé nécessaires, particulièrement des hôpitaux. Limiter le libre accès à ces services par le secteur informel non pauvre peut les inciter à s'inscrire à l'assurance maladie, mais cela peut être politiquement controversé et difficile à réaliser en l'absence de mécanismes efficaces pour identifier les pauvres et les non pauvres, tels que de solides procédures de vérification des revenus.

En outre, d'autres défis généraux pour atteindre le secteur informel s'ajoutent à ce qui est mentionné ci-dessus, notamment : communication insuffisante sur les bénéfices de la couverture maladie ;

revenus saisonniers et/ou trop irréguliers (par exemple du secteur agricole) pour pouvoir payer des cotisations fréquentes et régulières ; revenus insuffisants pour payer des cotisations quelques fois relativement élevées ; isolation géographique et très faible bancarisation de l'économie.

### 2.3 L'expérience internationale de la CSU et du secteur informel

Le CSU vise, entre autres, à protéger la population des conséquences financières du paiement direct des services de santé. On peut considérer le progrès des pays vers le CSU au travers de trois dimensions : les services couverts ; la proportion des coûts couverts pour ces services ; et la proportion de la population couverte. Avec une enveloppe budgétaire donnée, les pays doivent faire des compromis entre ces trois dimensions. Un grand nombre de pays a opté pour (i) couvrir d'abord la population avec un mécanisme de prépaiement, (ii) un panier de services relativement restreint et (iii) une stratégie d'élargissement de ce panier par la suite. Bien entendu, un des grands défis de cette stratégie est l'expansion de la couverture au secteur informel.

Concernant, l'extension de la couverture au secteur informel, on peut distinguer quatre groupes de pays : pays à revenu élevé et secteur informel réduit ; pays à revenu moyen ou élevé et informalité modérée ; pays à revenu faible ou moyen et informalité importante ; et pays à revenu faible ou moyen et secteur informel très important (tableau 1)

**Tableau 1** : Groupement des pays selon le revenu et l'envergure du secteur informel

Revenu	Informalité	Exemples
Elevé	Faible	Corée du Sud, Canada, Singapour
Moyen et élevé	Modérée	Chine, Mexique, Thaïlande, Maroc, Tunisie
Faible et Moyen	Importante	Vietnam, Colombie, Indonésie
Faible et Moyen	Très Importante	Afrique de l'Ouest francophone, Yémen, Ghana, Bangladesh

La plupart des pays développés et à haut revenu ont opté pour un système de taxation pour développer leur CSU. Des exemples incluent la Suède, le Canada et le Royaume Uni. D'autres pays dans cette même catégorie ont commencé avec des régimes d'assurance-maladie sociale et ont, par la suite, adopté des systèmes de financement basés sur les impôts, à l'instar du Danemark, de l'Italie et de l'Espagne. Finalement, il y a des pays comme l'Allemagne, la France et la Corée qui ont des systèmes d'assurance-maladie sociale. Les pays dans cette catégorie ont des économies avec une forte base de collecte des impôts, des systèmes d'identification, d'enregistrement d'état civil et de statistiques vitales sophistiqués et une informalité négligeable.

Les pays dans la deuxième catégorie sont typiquement des pays à revenu intermédiaire supérieur avec des taux d'informalité modérés. Une exception est la Chine où le taux d'informalité dépassait les 60% en 2011 mais qui a réussi à couvrir 97% de la population avec 3 régimes d'assurance, dont deux destinés au secteur informel. Ces régimes ont mis les informels et les pauvres (ainsi que les étudiants, les personnes âgées, etc.) dans le même régime. Le versement des cotisations est basé sur des montants forfaitaires déterminés à l'échelle locale (JLN, 2015, cas de la Chine). Au Mexique aussi, les actifs du secteur informel étaient les derniers à adhérer à l'assurance maladie, 70 ans après son introduction. Le panier de services pour le secteur informel est le même que pour les indigents et est subventionné à quasiment 100%. A l'instar du Mexique, la Thaïlande a initialement exigé à ce que les travailleurs informels cotisent aux régimes d'assurance maladie (*30-Baht Scheme*), mais aujourd'hui, le régime couvrant le secteur informel est entièrement subventionné par l'Etat. La Tunisie et le Maroc évoluent vers des systèmes combinant des régimes contributifs (couvrant le secteur formel et les indépendants) et non contributifs (AMG en Tunisie et RAMED au Maroc, pour

les plus vulnérables). Même avec des niveaux d’informalité bas relativement à l’Afrique de l’Ouest francophone, les régimes restent fragmentés, non harmonisés et font face à de grandes difficultés en vue d’atteindre une couverture significative du secteur informel.

La troisième catégorie inclut des pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont des taux de pauvreté et d’informalité importants, comme le Vietnam (informalité de 70%), la Colombie (informalité de 60%) et l’Indonésie (informalité de 72%). Le Vietnam dispose d’un régime unique où le secteur informel est subventionné à hauteur de 70%. Les contributions du secteur informel représentent seulement 7% du budget de ce régime. Néanmoins, même ce niveau élevé de subventionnement, couplé à l’obligation, n’est pas assez pour inciter une majorité à adhérer à ce programme. La Colombie a aussi commencé avec un régime contributif pour le secteur informel mais elle est passée à un régime complètement subventionné en vue d’achever une couverture significative. La Colombie a connu des problèmes associés à une divergence entre les régimes contributifs (secteur formel) et subventionnés (secteur informel et personnes indigentes) et aux incitations potentielles vers l’informalité pour éviter le paiement des cotisations. En Indonésie, où le gouvernement ambitionne de couvrir toute la population en 2019, le régime est obligatoire et donne le choix aux actifs du secteur informel de cotiser pour un des trois niveaux différents de paquet de services. Toutefois, l’obligation ne suffit pas à inciter les travailleurs du secteur informel à s’inscrire et à payer leurs cotisations. Le secteur informel, non-pauvre, ne constitue que 20% des bénéficiaires de la couverture contre le risque maladie : en 2015, 100 millions de travailleurs informels non pauvres, soit 40% de la population, n’avaient pas de couverture d’assurance maladie (Hatt et al., 2015). En vue d’augmenter la couverture, le Gouvernement donne la priorité à la sensibilisation et prévoit de faire de l’adhésion une exigence pour l’obtention du permis de conduire, des titres fonciers et du passeport.

La dernière catégorie, où se trouve nos pays cibles (Afrique de l’Ouest francophone), est similaire au troisième groupe mais avec un secteur informel encore plus grand, avec des taux d’informalité qui tournent autour de 90% quand le secteur agricole est inclus. Il existe peu de cas de succès ou des exemples à suivre dans cette catégorie. Le Ghana, où l’informalité touche 88%, expérimente une assurance maladie sociale (National Health Insurance Scheme – NHIS) depuis 2003, avec une stratégie de mutualisation des régimes communautaires d’assurance maladie, qui, auparavant, couvraient à peine 1% à 2% de la population. Le panier de services est assez généreux et l’enregistrement est en principe obligatoire. Cependant, faute de mécanismes effectifs de mise en vigueur, seulement 11% des adhérents sont du secteur informel.

Les pays dans la première catégorie, avec des revenus élevés et secteurs informels réduits, n’ont pas beaucoup de leçons pratiques pour les pays de l’Afrique de l’Ouest Francophone. Néanmoins le long historique de la CSU, et particulièrement les enjeux politiques pour y arriver, ainsi que les caractéristiques de chaque système, représentent des leçons importantes pour la CSU en Afrique de l’Ouest<sup>4</sup>. La plupart des pays dans la deuxième catégorie ont plus ou moins réglé le problème de couverture du secteur informel en limitant le nombre de catégories d’assurés et en fusionnant le régime des pauvres avec celui des travailleurs dans le secteur informel<sup>5</sup>. Cette stratégie a permis également de réduire les coûts administratifs et d’attribuer un certain succès à cette approche. Les pays dans la troisième catégorie ont une hétérogénéité d’approches et des succès à géométrie variable. En effet, la taille importante du secteur informel y rend difficile une subvention complète. En outre, la difficulté de mettre en vigueur l’obligation ne facilite pas le développement de la

---

<sup>4</sup> Voir par exemple : M. McKee, D. Balabanova, S. Basu, W. Ricciardi, D. Stuckler. Universal health coverage: a quest for all countries but under threat in some Value Health, 16 (1) (2013), pp. S39-S45

<sup>5</sup> Une exception est la Turquie qui détermine les cotisations avec un système sophistiqué de vérification indirecte des ressources (Proxy Means Testing).

couverture. Ces problèmes sont encore plus exacerbés dans les pays de la dernière catégorie où l’informalité touche à peu près 90% de la population.

L’Encadré 2 ci-dessous synthétise les principales leçons de l’expérience internationale et le chapitre 5 essaie de voir jusqu’à quel point ces leçons pourraient s’appliquer aux pays de l’Afrique de l’Ouest francophone.

### **Encadré 2 : Leçons générales de l’expérience internationale**

- Seule, l’assurance à base communautaire fragmentée sans obligation, sans mise en commun, et à petite échelle ne permet pas de couvrir le secteur informel à cause de la sélection adverse et des besoins énormes de subventionnement.
- La stratégie de segmenter le secteur informel selon la capacité de payer est difficile à mettre en œuvre et a des besoins d’information (et des coûts associés) assez grands.
- Les stratégies d’adhésion des secteurs selon des regroupements ont été expérimentées dans plusieurs pays avec des succès variés.
- Les besoins d’information et les coûts administratifs pour faire cotiser les travailleurs du secteur informel dépassent quelques fois les montants que l’on peut effectivement collecter.
- Même de substantielles subventions des cotisations sont souvent insuffisantes pour inciter les actifs du secteur informel à adhérer à des régimes d’assurance.
- Un niveau de cotisation faible pour un panier de prestations assez limité mais bien optimisé pourrait faciliter l’expansion rapide de la couverture de la population.
- Une grande mutualisation (un régime unique) est nécessaire pour permettre une mise en commun des régimes contributifs et subventionnés.
- La défragmentation est importante pour éviter la coexistence de divers systèmes de couverture pour des populations différentes. Toutefois, il faudrait s’assurer que les subventions pour les travailleurs du secteur informel pour des paquets identiques ou similaires n’encouragent pas l’informalité.
- Les pays qui ont considérablement progressé vers la couverture sanitaire universelle l’ont fait en augmentant les dépenses publiques de santé financées par les recettes publiques générales.
- Une couverture par l’assurance maladie n’élimine pas nécessairement les dépenses directes des ménages et le paiement de dessous de table au niveau des structures de santé, particulièrement s’il n’y a pas la disponibilité effective des services de santé de qualité.
- La communication est très importante pour augmenter la couverture<sup>6</sup>.

## **3. Contexte de l’Afrique de l’Ouest Francophone**

### **3.1. Situation socio-économique<sup>7</sup>**

La population de l’Afrique de l’Ouest Francophone dépasse 130 millions d’habitants (la population par pays varie d’un peu plus de 4 millions d’habitants en Mauritanie à près de 24 millions en Côte d’Ivoire). Tous les pays de la sous-région se caractérisent par une population très jeune et une fécondité très élevée (entre 4,5 enfants par femme en Mauritanie et au Togo et 7,6 enfants par

<sup>6</sup> Par exemple en Indonésie, 58% des travailleurs informels étudiés ne savaient pas qu’un régime d’assurance existe ou ne savaient pas comment y adhérer (Dartanto et al. (2016)

<sup>7</sup> Les chiffres de cette section et de la suivante sont extraits des bases de données de l’OMS, de l’UNFPA et de la Banque Mondiale.

femme au Niger). Ces taux représentent un handicap majeur pour l'atteinte du dividende démographique.

Le tableau 2 illustre la situation socioéconomique. Le niveau de développement humain dans la sous-région demeure préoccupant. Les neufs pays concernés sont classés tous parmi les nations à faible niveau de développement humain par le PNUD. Le mieux classé est la Mauritanie à la 157 place ; de l'autre extrémité, on trouve le Niger à la 187 place. Cette situation ne s'est pas améliorée depuis les années 2000.

Les raisons de ce constat sont les suivantes :

Premièrement, le niveau d'alphabétisation et d'éducation dans la sous-région est plutôt bas. Le taux d'alphabétisation des personnes âgées de plus de 15 ans se situe entre 16% (au Niger) et 64% (au Togo) ; avec huit pays sur neuf avec un taux inférieur à 50% (contre une moyenne de 61% en Afrique Sub-Saharienne).

Deuxièmement, alors que les taux de pauvreté sont élevés (oscillant entre 31% en Mauritanie et 55,2% en Guinée), la protection sociale est très insuffisante et quelques fois inexistante pour la population la plus vulnérable : pauvres, secteur informel, femmes enceintes... Des pays à revenu intermédiaire comme la Côte d'Ivoire ou la Mauritanie n'ont aucun régime substantiel pour garantir une protection sociale conséquente et suffisante au profit des plus pauvres.

Troisièmement, les systèmes de santé sont caractérisés par plusieurs insuffisances et dysfonctionnements (voir plus de détails ci-dessus) qui conduisent à des résultats décevants. A titre illustratif, l'espérance de vie à la naissance dans la sous-région se situe entre 53 ans et 67 ans (elle reste inférieure à 60 dans six pays sur neuf) ; alors qu'elle dépasse 61 dans les pays à faible revenu.

**Tableau 2** : Situation Socio-économique de l'Afrique de l'Ouest Francophone, 2015-2016

	Population totale (million)	Taux de dépendance d'âge (% population âge de travail)	Indice de développement humain (IDH)	Taux de pauvreté	Alphabétisation (% 15+)	Esperance de vie
Benin	10,9	85.5	0.485	36.2	32.9	60.6
Burkina Faso	18,6	91.6	0.402	40.1	34.6	59.8
Côte d'Ivoire	23,7	83.4	0.474	46.3	43.9	53.1
Guinée	12,4	83.7	0.414	55.2	32.0	59.4
Mali	18,0	101.5	0.442	43.6	33.1	57.5
Mauritanie	4,3	76.1	0.513	31.0	45.5	63.0
Niger	20,7	111.8	0.353	44.5	15.5	59.7
Sénégal	15,4	85.2	0.494	46.7	42.8	66.7
Togo	7,6	80.64	0.487	55.1	63.7	59.9
Ensemble	131,6	79.52	0.440	44.8	36.2	59.2

Source : Bases de données de la Banque Mondiale, OMS, PNUD et UNFPA.

Le tableau 3 illustre la situation macroéconomique en Afrique de l'Ouest Francophone. L'économie de la sous-région est largement dépendante de l'agriculture et, en général, les pays de la sous-région ont des économies à faible revenus par habitant et des richesses mal exploitées et réparties d'une manière inéquitable. Le PIB par habitant dans les pays de l'Afrique de l'Ouest Francophone reste à un niveau faible, voire très faible : il se situe entre près de 400 \$US au Niger et 1500 \$US en Côte d'Ivoire. Pourtant la sous-région est riche en matières premières énergétiques,

minières, agricoles et côtières. Cependant, les pays de la région sont en plein développement économique. Tous les pays, à part de Benin et Mauritanie, sont en dessus de 5% accroissement annuel de PIB, voire en dessus de 8% en Côte d'Ivoire. Cet accroissement souligne l'importance d'assurer que ces richesses sont partagées et donne des opportunités importantes pour créer l'espace fiscale pour la CSU. Une difficulté majeure est la faible base fiscale des impôts (moyenne de 17.7% de PIB) dans la région. Des financements innovants seront nécessaires pour prendre avantage de la forte croissance économique de la région pour le diriger vers des investissements pour la santé des populations.

**Tableau 3** : Situation Macro-économique de l'Afrique de l'Ouest Francophone, 2016

Nom du pays	PIB par habitant (\$)	PIB/habitant, PPP (\$)	Croissance du PIB (% GDP)	Valeur Agriculture (% of GDP)	Taxes (% of GDP)
Benin	789	2010	3.98	25.56	-
Burkina Faso	627	1642	5.92	30.82	15.50
Cote d'Ivoire	1535	3425	8.34	23.44	15.25
Guinée	662	1823	6.60	20.2	-
Mali	780	1971	5.80	42.14	15.38
Mauritania	1102	3572	2.00	27.40	-
Niger	364	914	5.04	41.46	-
Senegal	953	2379	6.74	17.46	20.54
Togo	578	1382	5.04	41.28	21.88
Totalité	748	1922	4.76	27.73	17.71*

\*Basé sur les 5 pays pour lesquelles les données sont disponibles  
Source : Bases de données de la Banque Mondiale, WBI

### 3.2. Situation sanitaire

Les systèmes de santé de la région de l'Afrique de l'Ouest Francophone sont aussi disparates que l'état sanitaire des populations. Toutefois, des traits communs les caractérisent.

A l'instar de la moyenne des pays de l'Afrique Subsaharienne, la région d'Afrique de l'Ouest Francophone est caractérisée par de faibles infrastructures qui sont autant de déterminants sociaux sanitaires défavorables. En effet, une grande proportion de la population est pauvre et a un faible accès à : (i) l'eau potable et l'assainissement, ce qui entraîne de nombreuses maladies d'origine hydrique ; (ii) l'éducation, dont le manque est souvent associé à une utilisation plus faible et moins efficace des services de santé (exemple, la planification familiale) et à une plus grande inégalité des sexes concernant les chances des filles et des femmes ; (iii) la sécurité alimentaire et la qualité nutritionnelle, entraînant une sous-alimentation et un retard de croissance chez les enfants ainsi qu'une anémie sévère chez les femmes ; (iv) un logement sûr, dont le manque exacerbe de nombreuses maladies transmissibles et non transmissibles et les impacts liés à l'environnement sur la santé et le bien-être.

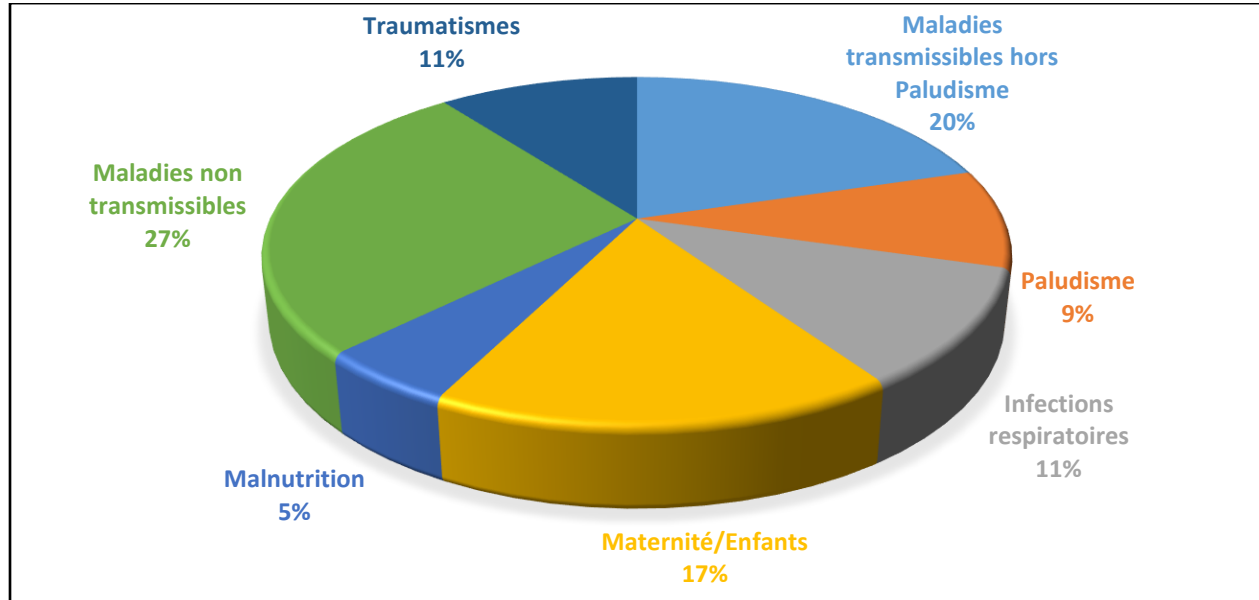
L'offre de soins demeure limitée en termes de quantité et de qualité. Bien que les planifications prévoient la présence de médecins, l'écrasante majorité des centres de santé, tout particulièrement en milieu rural, sont tenus par des infirmiers (et/ou rarement des sages-femmes). En milieu urbain, l'offre est plus abondante, en particulier grâce à une offre de soins privée, de qualité très inégale, mais surtout inaccessible pour les plus vulnérables, qui permet d'améliorer le taux de couverture. En moyenne (nationale), la sous-région est sous-cotée par rapport à la moyenne du continent. Le ratio médecins pour 1000 habitants se situe entre 0,02 (au Niger) et 0.15 (au Benin) ; comparé à une moyenne continentale de 0.23 (0.4 dans les pays à faible revenu et 1,0 dans les pays à revenu moyen – tranche inférieure). Il en est de même pour le ratio infirmiers pour 1000 habitants qui

oscille entre 0,14 au Niger et 0.66 en Mauritanie (versus 1,1 pour l’Afrique Sub-Saharienne). Quant au nombre de lits hospitaliers pour 1000 habitants, il est bien au-deçà de la moyenne africaine qui est de 10 alors qu’il se situe entre 1 et 7 (respectivement au Mali et au Togo). Ces ratios sont non seulement faibles, mais cachent également des disparités énormes entre les pays de la zone et dans chacun entre le monde urbain et rural.

Cette offre de soins insuffisante est exacerbée par un faible recours aux services de santé en raison également de la modeste qualité des soins (d’après les enquêtes SARA ; Koffi J., 2016 ; Traoré A., 2016 ; Dieng M., 2016) et une accessibilité financière réduite (selon les enquêtes de ménages où l’obstacle majeur au recours aux soins reste le facteur économique ; Koffi J., 2016 ; Traoré A., 2016 ; Dieng M., 2016). Ainsi, le taux de prévalence des méthodes modernes de contraception chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans) dans la sous-région est le plus faible dans le monde : il varie entre 5% en Guinée et 20% au Togo, contre plus de 35% dans les pays à revenu faible. Il n’en est pas autrement des soins prénataux (quatre visites au moins) dont le taux de couverture ne dépasse pas la moyenne subsaharienne pour six pays sur neuf, avec une variation entre 32,8% au Niger et 58,8% au Bénin.

La sous-région se caractérise également par une persistance des maladies transmissibles doublée d’une hausse des maladies non transmissibles. En effet, le profil épidémiologique est encore marqué par la prédominance des maladies infectieuses et parasitaires mais les maladies non transmissibles, en particulier les maladies cardiovasculaires et le diabète, sont devenues un problème de santé publique préoccupant créant ainsi un double fardeau de morbidité et de mortalité. La Figure 1 montre le nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) perdus par cause en Afrique de l’Ouest.

**Figure 1 – AVCI Afrique Sub-Saharienne Francophone, 2015**



Sources : Banque Mondiale, Base de Données

En dépit des progrès enregistrés, les pays de la sous-région connaissent encore une surmortalité maternelle et infanto-juvénile. Le ratio de mortalité maternelle dans les neuf pays concernés est compris entre 315 décès pour 100.000 naissances vivantes (au Sénégal) et 679 décès/100.000 NV (en Guinée) ; 5 pays sur les neuf en question ont un ratio qui dépasse la moyenne africaine (547). Pour ce qui est de la mortalité infanto-juvénile, hormis le Sénégal (47,2) et le Togo (78,4), tous les

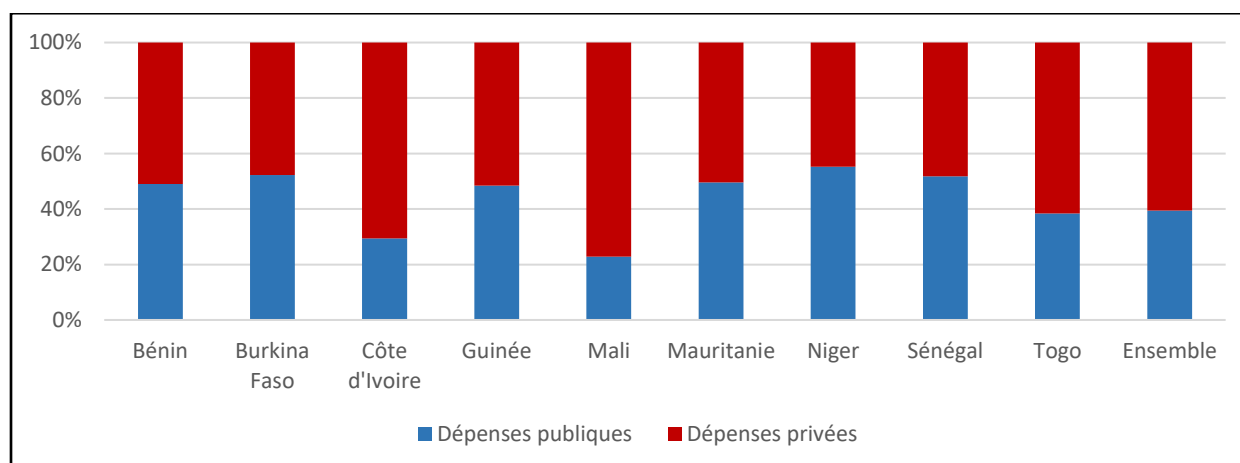
autres pays ont un coefficient qui dépasse la moyenne africaine qui est de 83,2 décès pour 1.000 naissances vivantes.

### 3.3. Situation du financement de la santé

Les pays de l’Afrique de l’Ouest Francophone ont tous mis en place des réformes de financement de la santé, y compris la mise en place de programmes de gratuité et/ou des régimes d’assurance maladie pour une partie de la population. Toutefois, ces réformes n’ont pas été mises à l’échelle ou sont à leur début. Leur impact n’est ainsi pas encore significatif sur le financement de ces systèmes de santé. Ce financement reste caractérisé par plusieurs insuffisances, principalement :

- La dépense de santé per capita est faible : elle atteint seulement 24,4 \$US au Niger et un maximum en Côte d’Ivoire, 88,4 \$US ; contre une moyenne de 97,7 \$US pour l’Afrique Sub-Saharienne. Sur les neuf pays concernés, seuls quatre ont une dépense per capita en \$US courants supérieure aux 44 \$US recommandés par le High Level Task Force on Innovative International Financing for Health Systems (HLTF).
- L’efficience des ressources publiques allouées au secteur de la santé est par ailleurs faible : ainsi la part des dépenses publiques pour le niveau primaire de soins et les services préventifs est faible (par exemple au Sénégal cela représente seulement 15 pourcent en comparaison au 30 pourcent pour les services curatifs), ce à quoi s’ajoute une allocation inéquitable entre les régions dans la plupart des pays (au profit des zones urbaines).
- Le niveau de protection contre le risque financier des dépenses de santé est bas : le poids des dépenses privées, et particulièrement des paiements directs des ménages dans la dépense totale de santé est trop élevé. Ces paiements des ménages ont un poids qui se situe entre 34,3% au Niger et 50,8% en Côte d’Ivoire (contre 34,5% pour l’Afrique Sub-Saharienne). En plus, cinq pays sur neuf ont un taux supérieur à 40% et tous les autres pays ont un taux très proche de ce seuil. Ce niveau de dépenses des ménages induirait très probablement une prévalence élevée en termes de dépenses catastrophiques et d’appauvrissement des familles.

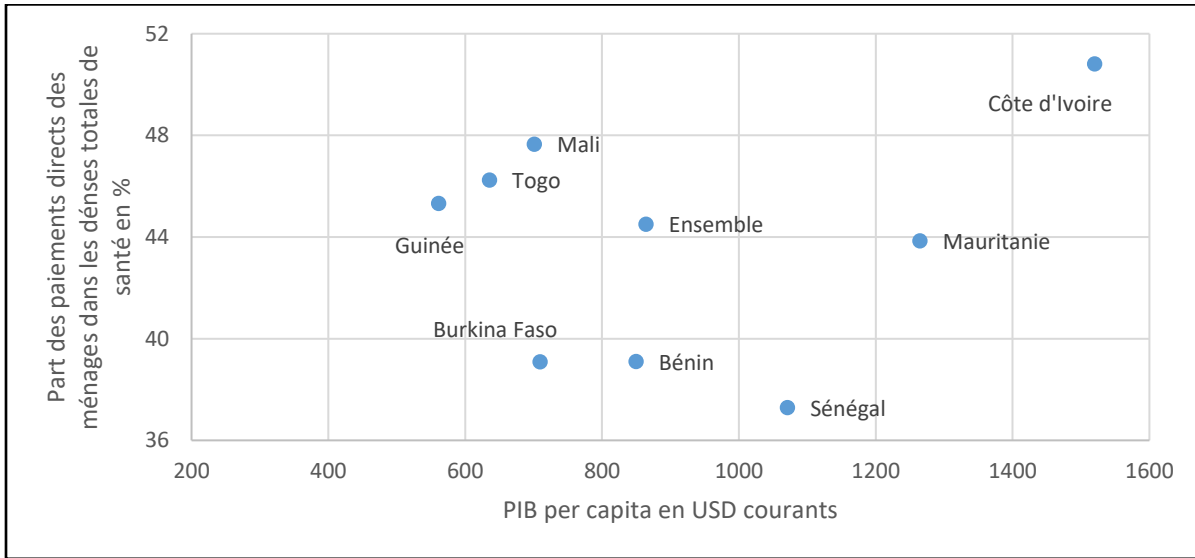
**Figure 2** – Poids des dépenses privées dans les dépenses totales de santé dans la sous-région, 2015



Sources : Global Health Expenditure Database de l’OMS



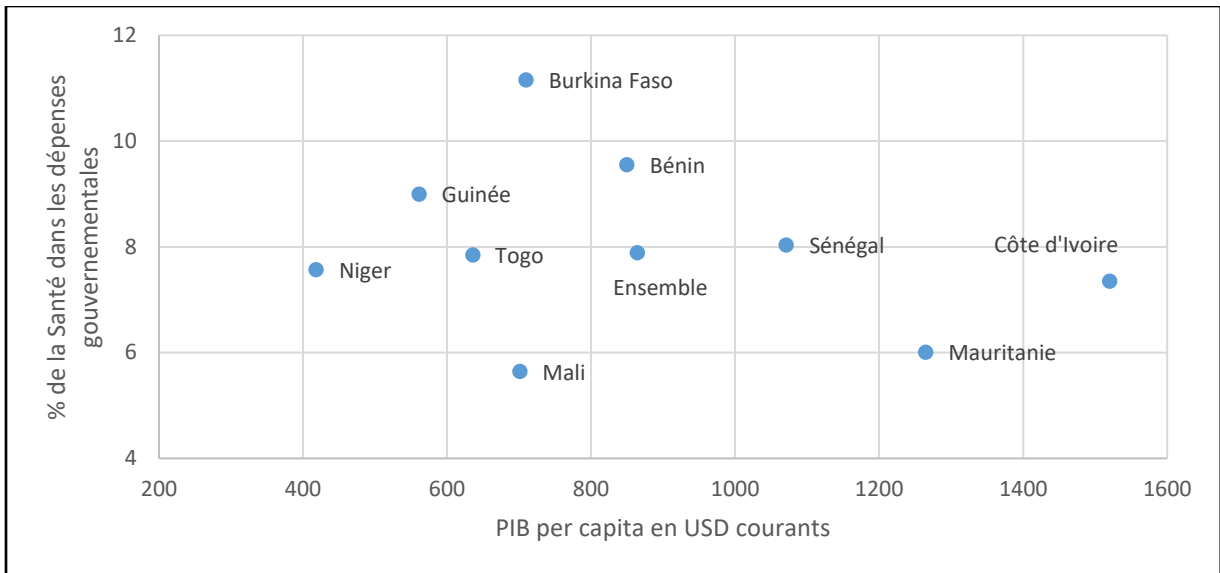
**Figure 3 :** Croisement entre la part des paiements directs des ménages dans les dépenses totales de santé et le PIB per capita dans la sous-région, 2015



Sources : Global Health Expenditure Database de l'OMS

- La santé n'est pas prioritaire pour les gouvernements de la sous-région car la part du secteur dans les dépenses totales de ces gouvernements reste modeste et loin de la cible de la Déclaration d'Abuja (15%). En effet, elle atteint un maximum de 11,2% au Burkina Faso et descend à 5,6% au Mali (à titre de comparaison, la moyenne en Afrique Sub-Saharienne est de 12,3% ; elle atteint même une moyenne de 13,9% dans les pays à revenu faible).
- En fait, dans les pays de la région, à part le Burkina Faso, les dépenses réelles de santé par habitant n'ont pas beaucoup changé depuis 2000. Vu l'accroissement économique dans la plupart des pays, il reste un potentiel important, non-exploité pour mobiliser des ressources pour la santé.

**Figure 4 :** Croisement entre la part de la santé dans les dépenses gouvernementales et le PIB per capita dans la sous-région, 2015



Sources : Global Health Expenditure Database de l'OMS

### 3.4. Situation du secteur informel

Globalement, il existe une relation statistique positive entre la pauvreté et l'envergure du secteur informel et une relation négative entre celle-ci et la taille du PIB par habitant, comme l'illustre une étude du BIT en 2011 (BIT, 2011). Cette étude montre clairement cette relation statistique entre, d'une part, le pourcentage de l'emploi informel dans l'emploi total non agricole, et d'autre part, le PIB par habitant et le taux de pauvreté dans 38 pays dans le monde, incluant le Mali.

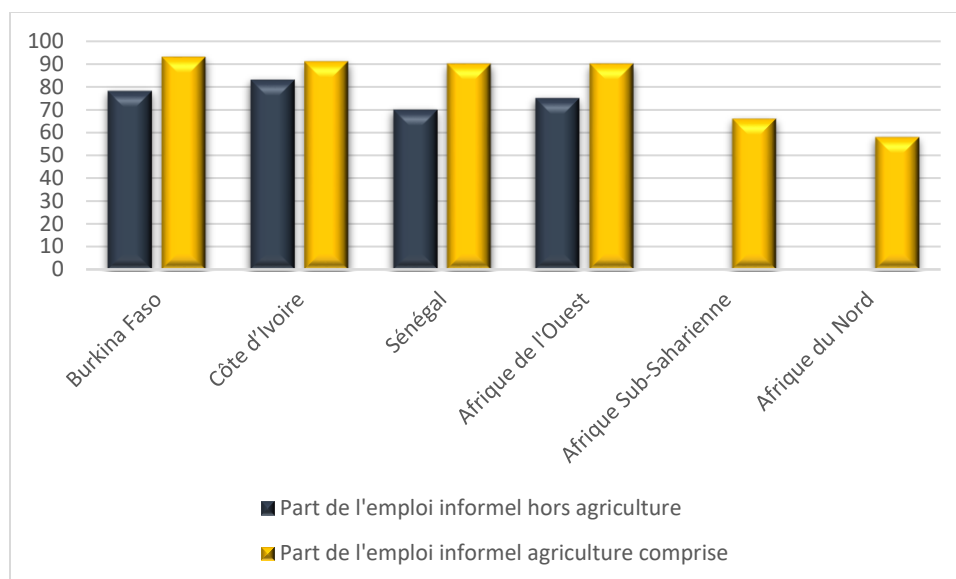
En raison de la faiblesse du revenu par habitant et du niveau élevé de pauvreté, il n'est pas étonnant de constater que l'envergure du secteur informel en Afrique de l'Ouest francophone (AOF) est grande.

En effet, selon une estimation de l'AFD (2013) qui se base sur différentes enquêtes nationales, entreprises en général, dans les années 2000, le secteur informel emploie près de 75% des personnes actives, hors agriculture, dans la région ouest africaine.

Des enquêtes spécifiques au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et au Sénégal montrent le poids très important du secteur informel dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest francophone (ANSD, 2013 ; INS, 2005 ; INS, 2008 ; INSD, 2001 ; MICA, 2015 ; UEMOA, 2003).

En termes d'emplois, le secteur informel emploie entre 70% de la population active non agricole au Sénégal, 83% en Côte d'Ivoire et 78% au Burkina Faso. En incluant le secteur agricole, la taille de l'emploi informel passe à plus de 90% de l'emploi total dans les trois pays (Figure 5).

**Figure 5** : Poids du secteur informel en Afrique de l'Ouest comparé à l'Afrique Sub-Saharienne et du Nord (2005-2013)



Sources : Enquêtes nationales, Charmes (2012)

Le secteur informel n'est pas seulement une importante source d'emplois, c'est aussi une source importante de production de biens et de services. Dans de nombreux pays, la contribution des entreprises informelles à la valeur ajoutée est importante. Les estimations du BIT de la part moyenne (non pondérée) du secteur informel dans la valeur ajoutée brute non agricole vont de 14 pour cent – dans les pays d'Europe orientale et d'Asie centrale – à 50 pour cent dans les pays d'Afrique subsaharienne. Malheureusement, les données ne sont pas complètes pour tous les pays Africains francophones.

**Tableau 4** : Données sous-régionales sur la démographie et la population active

	Population 0-14 ans	Population 15-64 ans	Population 65 ans et plus	Population totale	Population active	Emploi (agé de 15 ans et +)	Taux de participation à la population active (%)
Benin	4,660,504	5,859,997	351,797	10,872,298	4,452,676	4,407,951	71.7
Burkina Faso	8,463,167	9,733,933	449,333	18,646,433	8,496,102	8,242,438	83.4
Cote d'Ivoire	10,088,770	12,917,333	689,816	23,695,919	9,115,565	8,265,799	67.0
Guinea	5,264,064	6,748,593	383,267	12,395,924	5,869,021	5,467,212	82.3
Mali	8,608,198	8,932,211	454,428	17,994,837	6,225,219	5,721,157	66.3
Mauritania	1,724,905	2,442,002	134,111	4,301,018	1,218,579	1,076,532	47.3
Niger	10,384,348	9,761,597	527,042	20,672,987	6,655,000	6,479,682	64.7
Senegal	6,626,275	8,323,176	462,163	15,411,614	5,029,079	4,552,211	57.2
Togo	3,181,394	4,210,790	214,190	7,606,374	3,578,703	3,335,550	80.9
Totalité	59,001,625	68,929,632	3,666,147	131,597,404	50,639,944	47,548,532	69.8
	Population age 0-14 (%)	Population age 15-64 (%)	Population age 65 de plus (%)	Taux de dépendance de l'enfant	Taux de dépendance des	Taux de dépendance total	

					personnes âgées		
Benin	42.87	53.90	3.24	79.5%	6.0%	85.5%	
Burkina Faso	45.39	52.20	2.41	86.9%	4.6%	91.6%	
Cote d'Ivoire	42.58	54.51	2.91	78.1%	5.3%	83.4%	
Guinea	42.47	54.44	3.09	78.0%	5.7%	83.7%	
Mali	47.84	49.64	2.53	96.4%	5.1%	101.5%	
Mauritania	40.10	56.78	3.12	70.6%	5.5%	76.1%	
Niger	50.23	47.22	2.55	106.4%	5.4%	111.8%	
Senegal	43.00	54.01	3.00	79.6%	5.6%	85.2%	
Togo	41.83	55.36	2.82	75.6%	5.1%	80.6%	
Totalité	44.83	52.38	2.79	85.6%	5.3%	90.9%	
	Emploi dans l'agriculture (% d'emploi total)	Travailleur indépendant (% d'emploi total)	Travailleur salarie (% d'emploi total)	Informel (y inclus agriculture) (%)	Taux de pauvreté (%)		
Benin	45.1	46.8	8.1	91.9	36.2		
Burkina Faso	78.4	15.6	6.0	94.0	40.1		
Cote d'Ivoire	48.3	33.7	18.0	82.0	46.3		
Guinea					55.2		
Mali					43.6		
Mauritania					31.0		
Niger					44.5		
Senegal	46.1	31.6	22.3	77.7	46.7		
Togo					55.1		
Totalité	57.1	29.7	13.2	86.8	44.8		

Source : Base de données de la Banque Mondiale

L'analyse de l'envergure du secteur informel en Afrique de l'Ouest Francophone montre que celui-ci n'est ni un fait mineur ni un phénomène passager. C'est pour cela que toute réforme du financement de la santé ou politique de CSU doit prendre en considération l'importance de ce secteur.

### 3.4.1 Le secteur informel au Burkina Faso<sup>8</sup>

Au Burkina Faso, d'après les données de l'Instrument Automatisé de Prévision (IAP) du Ministère en charge de l'Economie et des Finances, la valeur ajoutée générée par le secteur informel représente, sur la période 2010-2016, en moyenne 46,73% du PIB, pour des valeurs comprises entre 52,62% (2010) et 43,97% (2016). Si l'on isole le secteur primaire, la part du secteur informel hors

<sup>8</sup> Extrait de l'étude du secteur informel par G.J. Ouedraogo

agriculture, forêts et élevage reste importante puisqu'elle est comprise, sur la période considérée, entre 20,08% et 13,90%, pour une valeur moyenne de 15,86%. Pendant ce temps, la même source d'information indique que le Burkina Faso comptait en 2016 environ 13,42 millions d'effectifs employés dont 526 900 salariés et 12,9 millions de non-salariés. En considérant les non-salariés comme une variable d'approximation des employés du secteur informel et en tenant compte du fait que dans le secteur informel on compte aussi des salariés, on peut raisonnablement faire l'hypothèse qu'en 2016 le secteur informel ne fournit pas moins de 13 millions d'emplois à l'économie burkinabè.

Au Burkina Faso, l'existence de grandes entreprises du secteur formel a été plusieurs fois menacée par une concurrence déloyale venue de l'extérieur. Ce sont les entreprises de l'agroalimentaire comme le sucre, les huiles alimentaires et l'industrie chimique (savons, piles) qui sont actuellement menacées. Les acteurs nationaux de cette concurrence déloyale sont des entreprises du secteur informel, notamment les importateurs de produits concurrents. Les entreprises du secteur formel ne cessent de dénoncer cette situation qui, si elle ne trouve pas solution conduira à la disparition de certaines d'entre elles. L'activité du secteur informel s'exerce dans un univers hautement concurrentiel. Moins de 1% des UPI déclarent ne pas connaître de concurrents directs. Mais cette concurrence est avant tout interne au secteur informel lui-même. Les activités commerciales sont les plus touchées. A peine 7% des UPI sont concurrencées principalement par les grandes entreprises du secteur formel (commercial ou non). Lorsqu'il y a concurrence formel/informel, les UPI affichent, dans l'ensemble, des prix inférieurs ou égaux aux grandes entreprises.

Il n'existe pas deux secteurs clairement identifiés et séparés l'un de l'autre à savoir le secteur formel et le secteur informel pour plusieurs raisons :

- Le secteur informel n'est pas un ensemble homogène constitué uniquement d'entreprises complètement informelles. Le secteur informel regroupe des entreprises complètement informelles et des entreprises enregistrées auprès des services de l'Etat. Il existe plutôt un continuum de situations de formalité et d'informalité.
- Dans les pays en développement comme dans les pays développés, le secteur formel ou moderne se transforme avec l'intégration mondiale et les mutations des politiques économiques ; des contrats atypiques ou des emplois informels se substituent aux emplois à temps plein. Beaucoup d'entreprises du secteur formel ont ainsi en leur sein des travailleurs non déclarés, donc ignorés par le fisc et les services de sécurité sociale.
- Les établissements du secteur formel dépendent du secteur informel et de l'emploi informel pour gagner en souplesse, réduire les coûts et générer des revenus plus importants pour leurs propriétaires.

Dans l'immense majorité des cas, les unités informelles sont inconnues de l'ensemble des services de l'Etat. 75,4% des UPI sont totalement inconnues des services publics, c'est à dire qu'elles ne possèdent ni numéro IFU, ni numéro statistique, ni carte d'opérateur économique, qu'elles ne sont enregistrées ni au Registre du commerce, ni à la CNSS, et qu'elles ne paient pas la patente. C'est l'industrie informelle qui se situe le plus en marge des régulations publiques. Plus de 8 établissements sur 10 n'ont aucun des cinq types de registres mentionnés ci-dessus. Le taux atteint même 91% dans le "BTP". Seul le secteur des "commerces de gros et détail dans magasin" se démarque fortement sur ce point, puisque 36,6% des UPI n'ont aucun lien avec l'Etat, et 60,2% paient leur patente. Plus l'activité est marginale (que ce soit en nombre de personnes occupées, en termes de précarité du local, ou de rentabilité économique), et plus il est probable qu'elle échappe totalement à la vigilance de l'Etat ; à la fois parce qu'elle peut plus facilement passer inaperçue, et parce que l'Etat relâche une pression administrative jugée trop coûteuse. Globalement pris, l'affiliation la plus fréquente correspond à la patente avec 24% d'unités informelles inscrites. Pour

les quatre autres registres, la proportion d'unités affiliées est inférieure à 4%, avec même seulement 0,2% pour la CNSS<sup>9</sup>.

Compte tenu du fait qu'ils sont exclus du système bancaire, les acteurs du secteur informel financent leurs investissements principalement par l'épargne individuelle (96,2%). Les 3,8% des financements à rechercher sont couverts par les prêts d'origine familiale (1,6%) et les prêts bancaires (0,2%). Ce résultat montre l'importance de l'autofinancement dans la dynamique de financement du secteur informel et la quasi inexistence du système bancaire dans le financement des UPI.

La part des impôts et taxes payés à l'Etat par le secteur informel est insignifiante. En effet, la part de la « Contribution du Secteur Informel (CSI) », impôt synthétique forfaitaire global auquel sont soumis les acteurs du secteur informel, n'atteindrait que 1,8 % de la valeur ajoutée totale générée par le secteur informel. La CSI contribue à moins de 1% aux recettes fiscales ; entre 2009 et 2011, cette contribution est passée de 0,61% à 0,32%.

Les jeunes (moins de 26 ans) représentent près de 42% des actifs informels. 47,3% des emplois du secteur informel sont occupés par des femmes, que l'on trouve concentrées dans les emplois les plus précaires. La main-d'œuvre du secteur informel est loin d'être qualifiée : le niveau scolaire moyen correspond à 2,6 ans d'études. 86,5% de la main-d'œuvre des établissements informels ont obtenu leur emploi par relation (familiale, d'amitié), et près de 11% par démarche directe auprès de l'employeur. Seulement 1,5% a trouvé son emploi par une offre diffusée dans les médias et personne par l'intermédiaire de bureau de placement. Le 72,1% des UPI sont réduites à une seule personne (auto-emploi). Seulement 5,3% des UPI emploient plus de trois personnes. La taille maximale rencontrée est de 12 personnes, mais moins de 0,2% des UPI ont plus de 8 personnes. Les actifs du secteur informel travaillent 56 heures par semaine en moyenne soit 8 heures par jour. La rémunération mensuelle moyenne de 43 000 FCFA (le salaire minimum, fixé au Burkina depuis 2001 est de 27 080 CFA, pour les manœuvres de catégorie E).

Le secteur informel se caractérise par une très grande précarité des conditions d'activité, que ce soit au niveau du lieu d'exercice de l'activité, des équipements ou du type d'emplois. Moins de 26% des unités de production informelles disposent d'un local spécifique d'activité (ateliers, boutiques, postes fixes sur les marchés publics). La précarité des locaux prive d'accès aux principaux services publics (eau, électricité, téléphone) la plupart des unités de production informelles (94,3% privées d'eau, 87,7% d'électricité et 96,2% de téléphone). Hormis les terrains dont la qualité ne peut être envisagée sous l'angle neuf ou usagé, le capital du secteur informel est bien souvent constitué par du matériel déclassé, acheté déjà usagé et dont on allonge la durée de vie. Près de 49% du stock de capital ont été acquis de seconde main.

La main-d'œuvre des UPI (patrons, indépendants, associés exclus), soit 72 960 personnes, est composée de 34,2% de salariés, de 33,2% d'aides familiaux, 18,1% d'apprentis payés et 14,5% non payés. L'absence de protection est la caractéristique principale des emplois proposés à la main-d'œuvre du secteur informel, la quasi-totalité des contrats n'étant même pas écrits. 54,1% de la main-d'œuvre employée dans les UPI ne bénéficient d'aucun contrat avec son employeur, et un contrat oral est la règle pour 41,2% d'entre elles. Les contrats écrits, quelle que soit leur durée, ne concernent qu'une infime minorité de la population (1,4%). Seulement 1,5% des employés sont

---

<sup>9</sup> Le secteur informel dans l'agglomération de Ouagadougou : performances, insertion, perspectives, enquête 1-2-3, premiers résultats de la phase 2. Ministère de l'Economie et du Développement, Institut national de la statistique et de la démographie (INSD), décembre 2000 – novembre 2001.

déclarés auprès de la CNSS. Le niveau de qualification des employés du secteur informel est en moyenne de 2,6 ans.

L'absence de protection est une des principales caractéristiques du secteur informel :

- l'inscription à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale est quasi inexistante chez les actifs du secteur informel (0,2% des UPI) ;
- seules 0,7% des UPI ont souscrit à une assurance auprès d'une société privée pour la couverture des risques de métier ;
- seulement 1,5% des employés sont déclarés auprès de la CNSS.

Cependant, près de 53% des actifs du secteur informel sont favorables à la création d'un système de cotisation sociale et de protection avec un statut public (pour 82% des UPI favorables). Pour ce faire, ils sont prêts à cotiser en moyenne 1 166 FCFA par mois. Toutefois, on peut noter que près de 76% souhaiteraient cotiser moins de 1 000 FCFA par mois. Les risques que les opérateurs informels aimeraient voir couvrir par un tel système sont par ordre de priorité : la vieillesse, l'accident de travail, l'invalidité, la maladie professionnelle, le décès, l'allocation familiale et la maternité.

Le secteur informel constitue encore un débouché professionnel légitime, socialement valorisant et économiquement rentable. Le 74,4% des chefs d'UPI affirment qu'il existe un avenir pour leur établissement et 52,1% souhaitent voir leurs enfants leur succéder, s'ils le désiraient. Cependant, cet optimisme sur les perspectives d'avenir est tempéré par les chefs d'UPI les plus récemment installés, contraints pour la plupart d'intégrer ce secteur à cause de la chute de la demande de travail dans le secteur formel.

### 3.4.2 Le secteur informel en Côte d'Ivoire<sup>10</sup>

Le secteur informel en Côte d'Ivoire regroupe plusieurs gammes d'activités licites quelque fois marginales. Ces activités si elles sont organisées, peuvent accroître leur contribution à l'économie et au dialogue social. Selon la Chambre Nationale des Métiers de Côte d'Ivoire (CNMCI), les activités du secteur informel sont réparties en sept (7) principales catégories<sup>11</sup> : **bâtiment, métaux-mécanique, bois, textiles- habillements- cuirs et peaux, hygiène- alimentation et services, artisanat d'art, électronique et froid**. Cette répartition a été faite suivant la particularité du secteur informel en Côte d'Ivoire.

A l'origine, le secteur informel servait à désigner les activités de petite taille, essentiellement destinées à procurer des revenus de subsistance aux nouveaux citadins, produits d'un exode rural particulièrement important dans les années 1970 qui étaient marquées par un cycle de péjorations climatiques, de sécheresse, voire de désertification, en Afrique sub-saharienne notamment. Par la suite, la notion s'est étendue à l'ensemble des petites activités qui, du fait de leur origine traditionnelle ou de leur caractère récent ou spontané, se sont démultipliées et consolidées en rapport avec le chômage endémique, en progression constante dans les différents pays africains confrontés à la crise économique et aux conséquences sociales des programmes d'ajustement structurel initiés sur le continent au cours des années 1980 et 1990.

Une caractéristique importante des liens entre le secteur formel et le secteur informel est la fonction d'approvisionnement qui lie le second au premier. Ainsi, la plupart des activités informelles s'approvisionnent auprès du secteur formel. Il s'agit à la fois des activités de production, de commerce et de services. Pour les activités de production et de service, l'approvisionnement consiste essentiellement à l'achat de matières premières, alors que pour le commerce, il s'agit de l'achat pour la revente. Dans le domaine du commerce informel, il y a un phénomène qui s'est développé rapidement ces dernières années. Il s'agit de vendeurs ambulants au service d'un vendeur principal, qui arpentent les rues des villes africaines et proposent directement divers produits (alimentaires, manufacturiers) aux passants et aux automobilistes à l'arrêt. Ils fixent des prix légèrement supérieurs à ceux du vendeur principal et, en cas de vente, bénéficient de la marge réalisée. Les vendeurs ambulants se trouvent dans une situation sociale très précaire : ils peuvent rester longtemps sans vendre un seul produit. De plus, ils sont assez souvent victimes de rafles et autres tracasseries policières.

Dans le domaine du financement, les relations entre le secteur formel et le secteur informel sont très importantes, même si c'est le secteur formel qui en bénéficie le plus, car mobilisant une bonne partie de l'épargne informelle, alors que dans le même temps, les acteurs du secteur informel ne bénéficient que d'une faible partie du crédit formel. L'essentiel de l'épargne informelle est déposé dans les banques. De nombreux micro entrepreneurs du secteur informel disposent ainsi d'un compte bancaire. Il en est de même pour les membres des tontines, mais aussi des caisses populaires d'épargne et de crédit. Dans le secteur informel, il y a aussi une pratique courante de garanties et cautions mutuelles déposées auprès des banques. Ceci peut éventuellement permettre aux déposants de bénéficier de crédits formels. Mais, dans l'ensemble, le secteur bancaire accorde peu de crédits aux acteurs de l'informel.

Dans le domaine de la main-d'œuvre, les flux sont plus importants du formel vers l'informel. Cela s'explique essentiellement par le fait que la majorité des déflatés du secteur moderne (public et privé) se reconvertissent dans le secteur informel. Compte tenu de la rareté des emplois dans le

---

<sup>10</sup> Extrait de l'étude du secteur informel par A.A.E. Ahoure

<sup>11</sup> Les composantes des 7 branches d'activités sont en annexe.



secteur formel et de l'insuffisance des qualifications professionnelles de la plupart des acteurs de l'informel, ceux-ci ont peu de chance de trouver des emplois dans le secteur moderne.

L'émergence d'organisations à caractère socio-professionnel constitue l'un des faits les plus significatifs de la dynamique sociale en milieu urbain, notamment dans les sous-secteurs commerce et artisanat du secteur informel. Le mouvement associatif en milieu artisanal n'est pas un phénomène nouveau. D'abord constitués en syndicats pour la défense de leurs intérêts au sein des Chambres de commerce, d'industrie, d'agriculture et d'artisanat dans lesquels ils se sentaient marginalisés, les artisans sont parvenus progressivement à faire percevoir par les autorités politiques la nécessité d'avoir un interlocuteur permanent, autonome et crédible de représentation de l'artisanat. Les chambres de métiers existantes ou en création dans quelques pays constituent le résultat de cette revendication relative à une meilleure prise en compte des spécificités du secteur artisanal dans la définition des politiques de développement économique et social. Créées en tant qu'institutions d'interface entre les micro-entrepreneurs et l'Etat, les chambres de métiers qui ont fonctionné comme des superstructures de représentation de l'artisanat et des artisans, sont quelque peu désaffectées au profit d'un mouvement de fond porté par des Organisations professionnelles d'artisans et d'artisanes (OPA), engagées dans la structuration du secteur de la base au sommet (du niveau local au niveau national), par corps de métiers (dynamique verticale), ou par filière productive (dynamique horizontale). De même qu'en marge des chambres de commerce et d'industrie, les acteurs informels se sont regroupés à tous les stades pour constituer au sommet des unions fortes. Ces nouvelles formes corporatistes d'organisation qui se posent et s'opposent souvent aux chambres de métiers et autres chambres de commerce et d'industrie gagneraient cependant en efficacité en s'efforçant d'inscrire leur action dans un cadre de synergie et de renforcement institutionnel.

Les actifs du secteur informel travaillent, en moyenne, 46 heures par semaine, 26,2% occupent un emploi à temps complet (entre 35 et 48 heures hebdomadaires). La rémunération mensuelle moyenne, calculée sur l'ensemble des actifs du secteur informel, est de 100 000 francs CFA. Le statut dans l'emploi discrimine bien le montant des rémunérations perçues. Les patrons et les associés se situent en haut de l'échelle avec respectivement un revenu moyen mensuel de 237 000 et 159 000 francs FCFA. Selon le genre, Les femmes pâtissent d'un déficit de revenu très marqué par rapport à leurs homologues masculins. Le salaire mensuel moyen des salariés du secteur informel est estimé à 164 596 FCFA (ENSETTE, 2013). Il existe une forte disparité du salaire selon le sexe et selon le milieu de résidence. En effet, le salaire mensuel moyen des hommes est estimé à 172 006 FCFA (296 Dollars US) contre 144 877 FCFA (250 Dollars US) chez les femmes, soit un écart de plus de 27 129 FCFA (46 Dollars US). L'écart entre les salariés du milieu urbain (183 561 FCFA) et ceux du milieu rural (118 773 FCFA) est quant à lui d'environ 64 788 FCFA. Le salaire mensuel moyen des salariés est relativement plus élevé dans les autres villes urbaines (236 468 FCFA) qu'à Abidjan (128 313 FCFA). Les jeunes de 15-35 ans du secteur informel sont relativement mieux rémunérés que les personnes de plus de 35 ans : 167 767 FCFA contre 94 430 FCFA. Le salaire mensuel moyen augmente avec le niveau d'instruction jusqu'au niveau secondaire avant de décroître. Alors que ce salaire n'est que de 97 236 FCFA pour les personnes sans instruction et de 170 118 FCFA pour celles de niveau primaire, il est de 293 437 FCFA pour les personnes de niveau secondaire et atteint 110 242 FCFA pour les personnes de niveau supérieur. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les personnes ayant un niveau secondaire se trouvent dans des emplois informels plus ou moins stables, avec des compétences acquises par l'enseignement technique et/ou professionnel ou par la formation sur le tas. Ces emplois correspondent mieux à leur qualification et génère plus de productivité et de revenus. Par contre, les diplômés du Supérieur se retrouvent dans des emplois temporaires ne correspondant pas à leur qualification, en attendant la transition vers des emplois formels salariés.

Le secteur informel semble être le refuge privilégié des migrants. 68,7% de ceux qui travaillent dans l'informel ne sont pas nés dans l'agglomération d'Abidjan. 32,2% des travailleurs du secteur informel sont des étrangers, 24,2% provenant directement hors des frontières de la Côte d'Ivoire (INS 2005). Ces étrangers qui pour la plupart n'ont pas un niveau scolaire reluisant, parfois analphabètes ce qui amène à penser que le secteur informel semble être un secteur d'absorption des personnes qui sortent du circuit scolaire. Aussi ce secteur regroupe des activités qui s'apprennent sur le tas et ne nécessitent pas forcément un niveau scolaire élevé.

La part des emplois informels dans l'agriculture est plus de 8 fois plus importante en milieu rural (73,69%) qu'en milieu urbain (2,87% à Abidjan et 14,43% dans les autres villes). En revanche, la part des emplois informels dans l'industrie, le commerce et les services, est 4 fois plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural. En milieu urbain, 39,3% des emplois sont dans les services pour le milieu urbain (hors Abidjan) et 49,0% dans la ville d'Abidjan. L'agriculture emploie 1,2 fois plus de personnes de 36 ans et plus (dont 47,04% pour les 36-59 ans et 65,58% pour les plus de 60 ans) que leurs cadets de 15-35 ans (34,86% pour les 15-24 ans et 37,69% pour les 25-35 ans). En revanche, la part des emplois informels dans l'industrie, le commerce et les services emploie plus importante chez les 14-35 ans que chez les 36 ans et plus. La part des emplois informels dans le secteur de l'agriculture décroît avec le niveau d'instruction. Ainsi, elle passe de 50,97% pour les personnes non instruites et 40,24% pour celles de niveau primaire à 31,16% pour celles de niveau secondaire et seulement 10,67% pour celles de niveau supérieur. Ces tendances sont inversées dans les services. En effet, les personnes de niveau supérieur sont surtout dans les services (55,49% des emplois informels) alors que cette proportion n'est que 16,87% pour les personnes non instruites, 23,95% pour celles de niveau primaire et 29,81% pour celles de niveau secondaire. Les emplois indépendants non agricoles représentent 44% des emplois informels et les emplois indépendants agricoles 30% des emplois informels. Au total, près des trois quarts des emplois informels sont non-salariés (82% en incluant les aides familiaux). Alors que les hommes exercent plus des emplois indépendants agricoles informels (37,62%), les femmes, par contre, sont plus présentes dans les emplois indépendants non agricoles informels (58,71%). Seuls 18% des emplois informels sont des emplois salariés, la plupart hors du secteur agricole (15%). Par ailleurs, 25,81% des emplois informels occupés par les hommes sont salariés, contre seulement 10% des emplois occupés par les femmes.

L'absence de protection est la caractéristique principale des emplois proposés à la main d'œuvre du secteur informel. 58,1% de la main d'œuvre employée dans les UPI ne bénéficie d'aucune forme de contrat, 35,1% ayant un contrat oral avec l'employeur. La main d'œuvre du secteur informel ne bénéficie pratiquement d'aucune prestation sociale (INS 2005). Globalement les employés du secteur informel ont très peu d'avantages dans leurs activités. En effet, 5,89% bénéficient d'indemnités de logements, en santé et en eau. Seulement 3,96% des employés sont déclarés à la CNPS. 5,46% des employés ont des primes, 6,21% ont des avantages en services médicaux, 8,57% ont des avantages en nature tandis que 4,41% bénéficient des congés payés. Par ailleurs, il existe une grande disparité entre les avantages. Les hommes bénéficient de plus d'avantages que les femmes (respectivement 6,59% contre 3,99% pour l'indemnité de logement, et 4,62 contre 2,17% pour la déclaration à la CNPS). Aussi, les travailleurs du milieu urbain bénéficient-ils de plus d'avantages comparativement à celui des travailleurs des zones rurales. En plus les individus de plus de 36 ans ont plus d'avantages que leurs cadets. Nous notons en revanche que les avantages sociaux dans le secteur informel s'accroissent avec le niveau d'instruction. Les salariés de niveau supérieur et secondaire bénéficient de plus d'indemnité de logement (10,63%), ils sont les plus nombreux à être déclarés à la CNPS (11,12%), à bénéficier des services pour les soins (7,93%), et des congés payés (10,50%).

### 3.4.3 Le secteur informel au Sénégal<sup>12</sup>

Au Sénégal, les données statistiques disponibles sur le secteur informel sénégalais, bien qu'incomplètes, montrent l'importance prédominante qu'il occupe dans l'économie nationale de par sa contribution significative à la richesse nationale et à l'emploi. En effet, si le secteur informel représente plus de 90% de l'emploi, le secteur informel non agricole représente 40% de la production nationale, dont près du tiers de cette production provient du seul commerce (29,8 %). L'enquête nationale sur le secteur informel au Sénégal (ENSIS) réalisée en 2010 par l'ANSD, dont les premiers résultats viennent d'être publiés permet d'asseoir ce diagnostic. Dans cette enquête, l'ANSD retient une définition du secteur informel proche de celle du BIT, mais la restreint à deux critères uniquement : le non-enregistrement de l'activité et la non-teneur d'une comptabilité obéissant aux normes du Système Comptable Ouest Africain (SYSCOA). De façon opérationnelle, l'ANSD définit le secteur informel comme l'ensemble des unités de production non agricoles dépourvues de NINEA et/ou de comptabilité officielle. De ce fait, en sont exclus les indépendants agricoles<sup>13</sup>. Le secteur informel, retenu dans l'ENSIS, est composé alors de l'ensemble des « employeurs du secteur informel » et des « indépendants non agricoles ». Les principaux résultats issus de cette enquête fournissent des données actualisées, plus récentes, de portée nationale et offrent l'opportunité de mener une analyse descriptive et détaillée des caractéristiques, du fonctionnement, des contraintes et des perspectives du secteur informel au Sénégal.

Au niveau de l'importance du secteur informel dans l'économie nationale, l'ENSIS révèle que les 773 903 unités de production informelles non agricoles emploient 2 216 717 personnes, soit 48,8 % de la population active occupée. D'une part, ce résultat confirme que le secteur informel est de loin le premier pourvoyeur d'emplois comparé au secteur formel, comme nous le montrent les résultats de l'Enquête Nationale sur l'Emploi au Sénégal (ENES, 2015). D'autre part, il apparaît que le secteur informel est massivement constitué de micro-unités. La taille moyenne des unités informelles est de 2,9 personnes par établissement. La masse salariale totale versée au personnel est estimée à 600 milliards de FCFA.

Si l'importance du secteur informel comme pourvoyeur d'emplois est aujourd'hui universellement admise, le poids de la production de ce secteur reste un enjeu de première taille. La production du secteur est estimée 4 336 milliards de FCFA en 2010, soit 39,8 % de la production nationale. Près du tiers de cette production provient du commerce (29,8 %), les services (32,2 %) et le secteur secondaire (38,0 %). Concernant la valeur ajoutée du secteur, pour la même période, elle est de 2 665 milliards représentant 41,6 % du PIB et plus de la moitié de la valeur ajoutée non agricole (57,7 %). La décomposition fonctionnelle de la valeur ajoutée confirme deux autres caractéristiques du secteur informel : d'une part, le faible poids des charges de personnel (22,6 % contre 59,5 % pour le secteur moderne) ; d'autre part, la part relativement faible des impôts (4,2 % de la valeur ajoutée contre 10,4 % pour le secteur moderne).

Au niveau des caractéristiques des chefs des UPI, les entrepreneurs sont essentiellement des hommes (79,9 %), ont un âge moyen d'environ 40 ans, sont généralement mariés (78,1 %) et monogames (62,0 %). Le secteur informel sénégalais est dominé d'entrepreneurs qui ont arrêté leurs études au niveau primaires (28,2 %) et ceux qui n'ont aucun niveau d'études (27,7 %). Quant à leur origine, ils proviennent pour l'essentiel des villes (19,0 % pour Dakar et 48,2 % pour les autres villes), 28,7 % pour le monde rural et 4,1 % pour les étrangers. Le secteur informel serait donc au cœur de l'économie urbaine.

---

<sup>12</sup> Extrait de l'étude du secteur informel par M. Marone

<sup>13</sup> Les indépendants agricoles, ici désignés, sont les unités de productions agricoles, animales, forestières et du secteur de la pêche.

En 2010, les difficultés rencontrées par le secteur informel sont avant tout liées aux problèmes d'écoulement de la production (60,4 %), la concurrence (36,7 %) et l'accès au crédit (27,3 %). Concernant les difficultés d'accès au crédit, plus que son coût, c'est son accès qui constitue le facteur majeur de blocage au développement du secteur informel. Les institutions financières devront donc se mobiliser pour imaginer les modalités d'une intervention dans ce secteur, compte tenu du rôle essentiel qu'il joue déjà dans les rouages de l'économie sénégalaise, et qu'il est appelé à y jouer dans les années à venir. En revanche, l'excès de régulations publiques (19,1 %) ni la pression fiscale (15,4 %) ne semblent constituer des entraves importantes au développement des activités informelles. Il en a de même de l'approvisionnement en matières premières (seuls 19,1 % des UPI interrogées reconnaissent avoir des difficultés d'approvisionnement).

Au niveau des conditions de l'activité, le secteur informel se caractérise par une très grande précarité. D'abord, seules 8,8 % des UPI disposent d'un NINEA, même si elles ont souvent le Registre du Commerce et du Crédit mobilier (30,0 %). Ensuite, la part des UPI exerçant leurs activités dans un local professionnel est de 65,7 % d'où près de 34,3 % des UPI sont abritées par des installations de fortune, ce qui les prive d'accès aux principaux services publics (eau, électricité, téléphone).

La dynamique de créations d'UPI au cours des dernières années traduit la montée en puissance du secteur informel comme mode d'insertion privilégié de la main-d'œuvre. Comme rappelé plus haut, le secteur informel est constitué, presque en totalité de micro-unités et où l'auto-emploi est la règle puisque l'entrepreneuriat individuel représente 91,8 % des entrepreneurs. Là encore, cet emploi informel s'accompagne, lui aussi, d'une précarisation croissante. D'abord le nombre élevé de travailleurs ne bénéficiant d'aucun contrat sur leur lieu de travail (36,1 %). Ensuite, une précarisation de l'emploi féminin (17,8 % des emplois du secteur informel sont occupés par des femmes, que l'on trouve concentrées dans les emplois les plus précaires, notamment parmi les travailleurs à leur compte, et dans les industries alimentaires (44,8 %) et de la fabrication de glace (75,3 %). Aussi, la main-d'œuvre du secteur informel a été faiblement scolarisée avec 2,8 années d'études. Enfin, les actifs du secteur informel travaillent en moyenne 48,9 heures par semaine, et gagnent 42 150 FCFA par mois, soit un taux de salaire horaire de 202 inférieur au salaire horaire minimum stabilisé à 308 FCFA l'heure.

A Dakar, 41% des grandes entreprises informelles et 19% des petites entreprises informelles appartiennent à une association professionnelle. Au Sénégal, il existe de grandes entreprises informelles, qui sont fondamentalement différentes des entreprises formelles et des petites entreprises informelles, tout en ressemblant à chacune d'entre elles à certains égards. Les principaux secteurs dans lesquels ils opèrent sont le commerce d'import-export, le commerce de gros domestique, le transport et la construction. Ces grands entrepreneurs informels ont souvent commencé en tant que petits opérateurs avec un minimum d'éducation mais sont devenus très riches et influents en raison de la capacité et des efforts entrepreneuriaux supérieurs, avec l'aide des groupes commerciaux ethniques et religieux. En termes de volume des ventes et autres mesures d'activité, ces entreprises ne diffèrent pas de leurs homologues formels. En termes d'organisation et de gestion familiales, elles ressemblent beaucoup aux petites entreprises informelles. Généralement, une seule personne contrôle toutes les fonctions principales (ressources humaines, comptabilité, finance, marketing) contrairement aux entreprises formelles, où des départements distincts contrôlent chaque activité. En outre, ils sont fragiles dans la mesure où ils sont souvent gérés par un seul individu qui peut dissoudre l'entreprise en raison d'un conflit avec les autorités fiscales ou douanières ou réapparaître sous un autre nom.

Au Sénégal, la fraternité islamique mouride joue un rôle majeur dans le secteur informel et a développé un vaste réseau commercial mondial couvrant l'Afrique de l'Ouest, l'Europe et les États-Unis. La solidarité de groupe forte des Mourides et leur éthique de travail inégalée ont permis leur transition remarquable des fermiers ruraux d'arachide à l'un des groupes commerciaux urbains les plus dynamiques en Afrique. Des groupes de parenté ethnique et sociale similaires existent dans d'autres pays et constituent une institution informelle particulièrement importante, fournissant un ensemble de normes de conduite et de mécanismes d'application qui se substituent aux règles et réglementations formelles.

Au titre de l'enregistrement à la Caisse de Sécurité Sociale (CSS) ou à l'IPRES, peu d'UPI sont enregistrées (2,2 %). Cette situation s'expliquerait davantage par l'ignorance de l'enregistrement (36,1 %), par son caractère non obligatoire et par la cherté du système de protection près de 10,0 %. Des initiatives, aussi bien publiques que privées, ont été prises pour améliorer la protection sociale des travailleurs du secteur informel, mais elles semblent insuffisantes et très souvent peu adaptées aux caractéristiques du secteur, car elles s'inscrivent dans un cadre large d'une couverture pour tous ou d'initiatives privées par le canal des mutuelles d'assurance.

Au vu des résultats mitigés des initiatives en faveur d'une meilleure protection des travailleurs du secteur informel, l'Etat et les acteurs du secteur ont entamé un dialogue tripartite en vue d'étendre la protection sociale à l'informel à travers un nouveau cadre, celui du Régime Simplifié pour les Petits Contribuables (RSPC). Ce nouveau dispositif devrait prendre en charge dans sa phase initiale les branches maladie, vieillesse et risques professionnels et avoir un caractère obligatoire. La mise en œuvre d'un tel dispositif occasionnera, à n'en point douter, de nombreux risques et défis à relever.

### **3.3. Situation de la couverture sanitaire universelle**

L'objectif de la CSU est que chacun soit en mesure d'accéder à des soins dont il a besoin (incluant la promotion, les soins préventifs, curatifs, rééducatifs et palliatifs), d'une qualité suffisante pour être efficaces, sans subir pour autant de difficultés ou de conséquences financières lourdes (OMS, 2010).

La section 3.2 (plus haut) décrit très succinctement le problème d'accès à des services de santé de qualité dans la région de l'Afrique de l'Ouest Francophone où l'utilisation de ces services demeure limitée. Dans le présent chapitre, on ne reviendra pas sur cette problématique. On insistera surtout sur les engagements politiques en faveur de la CSU et les aspects liés à la protection financière contre le risque maladie.

#### **3.3.1. Un engagement politique fort en faveur de la CSU**

A l'exception de la Mauritanie, tous les pays de la sous-région ont manifesté un engagement fort en faveur de la CSU au travers de la constitution, d'un texte de loi, de documents officiels de politique de santé et/ou de protection sociale, de déclaration présidentielle... A ce niveau, la sous-région est représentative du continent africain où cet engagement est très élevé également (96% des pays africains se sont engagés à définir et à mettre en œuvre une CSU (Cotlear D. & Rosemberg N. 2017).

Les pays les plus engagés, en termes d'engagement politique et législatifs, dans la sous-région restent le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Mali et le Niger où l'engagement en faveur de la CSU est mentionné dans plusieurs documents officiels, y compris la Constitution (voir tableau 5). Toutefois, l'engagement concret le plus fort reste celui du Sénégal qui a traduit ses promesses politiques en engagements institutionnels et financiers assez conséquents.

**Tableau 5 : Engagement en faveur de la CSU dans les documents officiels dans les pays de l’Afrique de l’Ouest Francophone**

Pays	Engagement en faveur de la CSU				
	Engagement	Engagement confirmé dans :			
		Constitution	Texte de loi	Stratégie/plan Sectoriel	Autre documents officiels
Bénin	Oui	X	X	X	
Burkina Faso	Oui	X	X	X	X
Côte d’Ivoire	Oui	X	X	X	
Guinée	Oui			X	
Mali	Oui	X		X	X
Mauritanie	Non				
Niger	Oui	X		X	X
Sénégal	Oui			X	
Togo	Oui	X			

Source: Cotlear D. & Rosemberg N. (2017)

### 3.3.2. Une volonté de réduire la participation des usagers aux frais de soins dans les formations sanitaires publiques

En 1978, la conférence d’Alma-Ata a défini une politique de soins de santé primaires en vue d’aider les pays en développement à améliorer la performance de leurs systèmes de santé (OMS, 1978). En Afrique, les problèmes économiques des années 1980, particulièrement le surendettement, ont eu des effets négatifs sur les systèmes de santé et particulièrement sur la mise en œuvre de la politique de soins de santé primaires prônée par Alma-Ata. Dans le but de relancer cette politique et de réduire la mortalité maternelle et infantile, une proposition a été formulée en 1987 par l’UNICEF et l’OMS. Cette proposition a pris le nom du lieu de la réunion, l’initiative de Bamako, adoptée en 1987 par les ministres africains de la santé. Selon cette Initiative, les actions suivantes sont nécessaires :

- Faire en sorte que toutes les communautés aient accès aux activités de soins de santé primaires.
- Décentraliser la prise de décisions des districts de santé, notamment en ce qui concerne la gestion des soins de santé primaires.
- Décentraliser la gestion financière afin que les ressources produites localement soient gérées par les communautés concernées.
- Appliquer les principes relatifs au financement communautaire des services de santé à tous les niveaux du système de santé.
- Apporter une contribution substantielle aux soins de santé primaires et prévoir suffisamment de fonds à l’intention des services de santé locaux.
- Intégrer le concept de médicaments essentiels dans les politiques nationales de santé fondées sur les soins de santé primaires.
- Prendre des mesures telles que des exonérations et des subventions pour garantir l’accès aux couches sociales les plus démunies aux soins de santé.

- Définir des objectifs intermédiaires clairs ainsi que des indicateurs pour mesurer les progrès accomplis.

Cependant, les changements annoncés lors de ces conférences internationales n'ont pas été concrètement mis en œuvre par les États, y compris les pays de l'Afrique de l'Ouest, selon toutes les composantes initialement fixées. L'implantation de cette politique publique de santé, d'origine essentiellement exogène, n'a pas non plus produit tous les effets escomptés en termes d'efficacité et surtout d'équité (Ridde V., 2004). A titre illustratif, le point numéro sept ci-dessus (exonérations et subventions au profits des démunis) a été trop souvent et trop longtemps oublié.

Cette situation a perduré dans un contexte où les attentes des populations de la sous-région augmentaient alors que les budgets publics étaient souvent bien insuffisants. Par conséquent, les pays de l'Afrique de l'Ouest Francophone s'appuyaient très souvent sur la participation communautaire aux frais de soins dans les formations sanitaires publiques. Le nombre de pays introduisant cette modalité (contribution ou participation financière de la communauté) a considérablement augmenté, car le paiement des utilisateurs a été considéré comme un instrument pour améliorer l'accès aux services de santé et pour engager la communauté dans un contexte où le recouvrement fiscal est faible. Dans la sous-région, sans exception, tous les pays ont suivi cette politique.

Depuis leur introduction, les paiements des frais de soins par les utilisateurs (participation communautaire) ont été très controversés. Un grand nombre d'études a examiné leur impact. En ce qui concerne l'utilisation des services, la plupart des études conclue que ces paiements peuvent influencer négativement sur cette utilisation et imposer un obstacle financier à l'accès alors qu'à l'inverse, leur élimination améliore l'usage des services de santé (Druetz T. et al, 2015 ; Leone T. et al, 2016). Concernant l'équité, les conclusions sont moins claires : dans certains cas, les paiements des frais de soins par les utilisateurs étaient non seulement régressifs mais imposent un lourd fardeau aux pauvres (Deininger K. & Mpuga P., 2004 ; Leone T. et al, 2016). Dans d'autres cas, aucun impact sur l'équité n'a été trouvé (Audibert M. & Mathonnat J, 2000 ; McKinnon B. et al, 2015).

D'une manière générale, la participation financière des usagers aux frais de soins dans les formations sanitaires publiques dans la sous-région est devenue de plus en plus impopulaire même si les déclarations politiques et officielles ne sont pas toujours claires. Aujourd'hui, une caractéristique principale des politiques de CSU dans la sous-région est la volonté de réduire ces paiements. Il existe actuellement un vaste consensus chez la plupart des décideurs qu'il s'agit d'une mesure cruciale pour accroître l'accès aux soins de santé et réduire les risques financiers liés à la santé. Par conséquent, à l'exception de la Mauritanie, l'ensemble des pays de la sous-région a mis en place des réformes en vue de réduire ou d'éliminer la participation financière des usagers aux frais de soins dans les formations sanitaires publiques contre 80% des pays dans toute l'Afrique (Cotlear D. & Rosemberg, 2017).

En dépit des mesures prises, compte tenu du poids important de la participation financière des usagers aux frais de soins dans les dépenses totales de santé, il est difficile pour la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest Francophone de l'abolir complètement. Aujourd'hui, les pays de la sous-région les imposent à tous les niveaux de soins (Cotlear D. & Rosemberg N., 2017).

Par ailleurs, dans la sous-région, l'abolition partielle des paiements pour certains services et les politiques de gratuité ciblée ont induit des problèmes de rationnement implicite, c'est-à-dire de longues files d'attente pour les services de santé, des ruptures de stocks fréquents de médicaments et des fongibles médicaux accompagnés de l'apparition d'un marché noir de ces produits et de l'exacerbation du double exercice des professionnels de santé dans les formations sanitaires publiques et privées (Cotlear D. & Rosemberg N., 2017.).

### 3.5.3 Les régimes de couverture médicale choisis par les pays de la sous-région

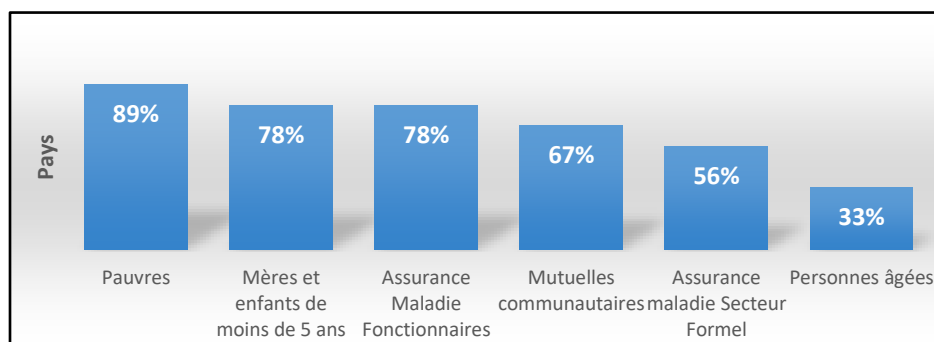
Les pays de l’Afrique de l’Ouest Francophone essaient de promouvoir et de développer au profit de leurs populations une panoplie de régimes contributifs et non contributifs de couverture sanitaire en vue de leur offrir des interventions de santé subventionnées ou gratuites dans les formations de soins publiques et même privées. L’objectif étant d’éliminer ou d’atténuer les obstacles financiers à l’accès aux services de santé pour les populations concernées.

Concernant les régimes contributifs, les pays de la sous-région ont trois régimes différents : des mutuelles à base communautaires et deux régimes de type bismarckiens qui couvrent respectivement les fonctionnaires et les employés du secteur formel.

Selon les données collectées par la Banque Mondiale dans le cadre du programme « Going Universal » (Cotlear D. & Rosenberg N., 2017), sept pays sur neuf (78%) des pays de la sous-région ont des programmes contributifs d’assurance maladie sociale pour les fonctionnaires et 56% de ces pays ont des programmes pour les employés du secteur formel (graphique ci-dessous). En outre, les pays n’ayant aucun programme d’assurance maladie sociale ni pour les employés du secteur formel ni pour les fonctionnaires sont en cours de les développer. La participation à ces programmes, lorsqu’ils existent, est, en général, obligatoire et les cotisations (patronales et salariales) sont prélevées à la source.

Les programmes au profit des fonctionnaires sont souvent élargis à tous les employés de l’Etat, y compris les militaires, les policiers..., mais aussi aux employés des collectivités locales, des entreprises publiques ainsi qu’aux parlementaires.

**Figure 6 :** Pourcentage de pays de l’Afrique de l’Ouest Francophone ayant adopté différents régimes de couverture médicale, par programme, 2017



Source : adapté de : Cotlear D. et Rosenberg N. (2017)

Si les défenseurs du renforcement de programmes contributifs d’assurance maladie sociale soutiennent que ces programmes améliorent la mobilisation des ressources pour la santé et mutualisent les risques financiers et sanitaires, il n’en demeure pas moins que les régimes contributifs sont confrontés à des défis importants dans les pays où la main-d’œuvre est employée principalement dans le secteur informel comme c’est le cas de l’Afrique de l’Ouest Francophone (voir chapitre 3). La littérature sur l’assurance maladie sociale souligne aussi le degré élevé de complexité des réformes nécessaires à sa mise en œuvre qui requiert des capacités institutionnelles et techniques assez élevées.

Compte tenu des difficultés de couvrir le secteur informel, plus de deux-tiers des pays de la sous-région ont opté pour la promotion de régimes à base communautaire au travers de développement des mutuelles de santé. Les pays qui sont en faveur de ces mutuelles communautaires sont mus par



deux facteurs interconnectés, selon les défenseurs de cette politique : Premièrement, les mutuelles communautaires de santé auraient un potentiel de mobilisation de ressources d'un groupe de la population qui a une certaine capacité de payer pour les services de santé, mais qui reste difficile à atteindre par les circuits officiels souvent inefficients (travailleurs du secteur informel, y compris les communautés rurales non pauvres). Deuxièmement, les mutuelles représentent aussi bien un moyen moins complexe que l'assurance maladie sociale qu'efficace pour fournir une protection financière contre la maladie à tout un pan de la population qui, autrement, n'aurait pas accès à cette protection.

L'envergure de la couverture médicale par les mutuelles communautaires demeure faible (en général, en deçà de 10% de la population sont couverts). Toutefois, au Sénégal, où l'Etat a mis en place un Fonds dédié à la couverture médicale dont l'essentiel est destiné à subventionner l'assurance maladie au travers des mutuelles communautaires, la portée de la couverture par ce type de régime a commencé à prendre significativement de l'ampleur (« 15% de la population en décembre 2016 selon l'Agence Nationale de la Couverture Médicale Universelle). Sans copier, le Sénégal s'est inspiré de l'expérience rare et concluante du Rwanda qui a réussi à atteindre un taux de couverture élevé notamment grâce aux mutuelles de santé à base communautaire.

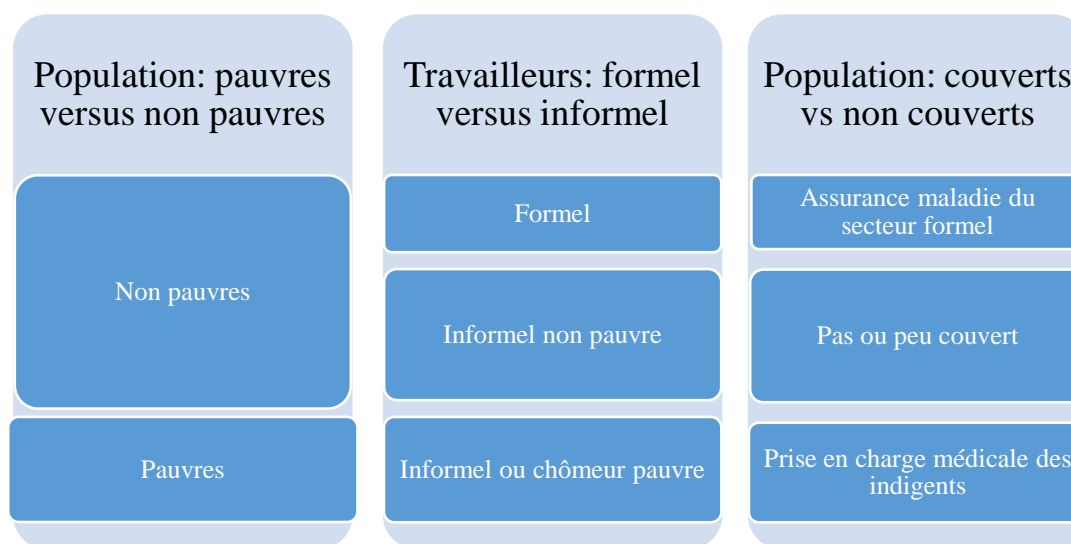
Concernant les régimes non contributifs, à l'exception du Togo, tous les pays de la sous-région ont mis en place au moins un programme de gratuité des soins pour des populations vulnérables. Comme le montre le graphique ci-dessus, 89% des pays disposent d'un régime dédié aux pauvres ; 78% ont un programme de gratuité ciblant les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans et 33% offrent un régime au profit des personnes âgées.

Les gratuités ont été plutôt des décisions pertinentes et souveraines et mises en œuvre par les technocrates, ce qui est rare et encourageant. Toutefois, ces programmes ont été décidés dans une grande précipitation. « La décision a été politique avant d'être technique, annoncée soudainement et de façon publique, prenant de court et par surprise, non seulement les agents sur le terrain, mais aussi les techniciens des ministères » (De Sardan & Ridde V., 2012). Souvent ces programmes ne sont pas fondés sur un texte de loi et des textes d'application solides et ne sont pas accompagnés de mesures parallèles adéquates. A cela s'ajoute la contrainte de financements réduits et de moyens de ciblage (surtout des pauvres) inefficients ou quelques fois insuffisants (Ridde V. et al., 2012).

En dépit de la kyrielle des régimes de couverture médicale et de la volonté des Etats de protéger leurs populations contre le risque maladie, l'écrasante majorité des familles (plus des quatre cinquièmes de la population de la sous-région) demeure sans couverture (à l'exception de quelques programmes gratuits de santé publique ciblant la santé maternelle et infantile, et la lutte contre le paludisme, le VIH-SIDA et la Tuberculose). En effet, tant que ces régimes ne parviennent pas à toucher significativement les travailleurs du secteur informel (y compris l'agriculture), la couverture de la population demeurera faible.

Un certain nombre de pays de la sous-région ont développé ou en cours de développement de régimes couvrant les travailleurs du secteur formel ainsi que les personnes indigentes (ex. du Mali avec l'AMO pour les travailleurs du secteur formel et le RAMED pour les personnes dites « économiquement démunies »). S'il est important d'améliorer la couverture existante dans les pays un peu avancés, particulièrement pour les plus pauvres, il n'en reste pas moins que le défi le plus important demeure le secteur informel non pauvre. En effet, très peu est fait pour les travailleurs non pauvres occupés dans le secteur informel. C'est pour cela qu'énormément d'efforts devraient être déployés en vue de trouver les voies et moyens pour couvrir cette catégorie de la population souvent négligée.

**Figure 7** : Les travailleurs non pauvres du secteur informel : un défi pour la CSU



Source : Auteurs.

#### 4. Visions, politiques et opinions sur la question de la couverture sanitaire des travailleurs du secteur informel

Dans la sous-région de l’Afrique de l’Ouest Francophone, à l’instar du reste de la population, les travailleurs du secteur informel (y compris rural) ainsi que leurs familles sont partiellement couverts par des programmes nationaux de santé publique (comme les Programmes Elargis de Vaccination, Lutte contre le Paludisme, le VIH-SIDA et la Tuberculose...), par les mécanismes de gratuités lorsqu’ils existent (gratuité des soins pour les mères et les enfants, Gratuité des soins pour les personnes âgées...), ou par des mutuelles corporatistes ou à base communautaire. Toutefois, ces mécanismes ne concernent qu’une faible frange de la population ou ne portent que sur quelques services de santé limités, voire très limités.

Ce chapitre essaie de décrire succinctement les visions et les politiques qui sont développées dans la sous-région pour remédier à cette situation en vue de mieux couvrir les travailleurs du secteur informel. Les décideurs sont conscients qu’en couvrant ce secteur, ils feront un très grand pas vers la CSU. Ce chapitre synthétise également l’expérience internationale sur la question de la couverture du secteur informel dans les pays en développement ainsi que les opinions de quelques détenteurs d’enjeux (ministères, agences d’assurance maladie, partenaires techniques et financiers, mutuelles et ONG) sur cette question.

##### 4.1 Visions et politiques : un mixte entre assurance maladie et prise en charge médicale des plus vulnérables

Comme on l’a vu dans la section 3.4.1 ci-dessus, 96% des pays africains se sont engagés à définir et à mettre en œuvre une CSU. Dans la sous-région ouest africaine Francophone, hormis la Mauritanie, tous les autres pays ont manifesté un engagement fort en faveur de la CSU.

C’est dans ce but que quasiment tous les pays de la sous-région ont défini ou sont en train d’essayer d’élaborer des politiques de couverture du risque maladie (appelées en général : Couverture

Maladie/Médicale Universelle-CMU ou Régime d'Assurance Maladie Universelle-RAMU) qui ont été concrétisées dans des textes de lois ou des projets de lois (voir Encadré ci-dessous).

Ces textes de lois ou projets de lois ont quelques éléments en commun :

**Le choix de l'assurance maladie comme élément central de la couverture du secteur informel.**

Etant influencés par la culture francophone, les pays de la sous-région privilégient plutôt les systèmes bismarckiens. L'assurance maladie est choisie comme la meilleure voie possible pour couvrir la majorité de la population travaillant dans le secteur informel (voir Encadré 3 ci-dessous), notamment celle qui a une certaine capacité contributive car les décideurs considèrent que les actifs informels ne sont pas tous démunis. Le financement de cette assurance maladie serait assuré, en général, par les cotisations des employeurs et des bénéficiaires, qu'ils soient employés ou indépendants. Si le secteur informel localisé paraît plus à même d'intégrer cette logique (car il est enregistré et est habitué à payer des taxes locales comme la Patente), le secteur informel non localisé et le secteur agricole paraissent plus difficile à toucher.

**Le choix des mutuelles corporatistes et à base communautaire comme des régimes ayant la potentialité de couvrir l'essentiel des travailleurs informels.**

Les pays de la sous-région prennent comme exemple le Rwanda qui arrive à couvrir l'écrasante majorité de sa population, y compris les travailleurs du secteur informel, en s'appuyant fortement sur les mutuelles communautaires. Selon une bonne partie des décideurs de la sous-région, particulièrement au Burkina Faso et au Sénégal, leurs pays devraient s'appuyer davantage sur les mutuelles à base communautaire (voir section suivante) à l'instar du Rwanda qui a connu plus de succès grâce à ce type de mutuelles, appuyées techniquement et financièrement par l'Etat. Le Sénégal, le pays le plus avancé dans la sous-région en termes de mise en place de la couverture contre le risque maladie et en termes de taille de la couverture de la population, a opté clairement pour cette option où les mutuelles à base communautaire sont la clé de voûte de sa politique dite de Couverture Médicale Universelle.

**Le choix de la mise en place d'un régime d'assurance maladie dédié aux plus pauvres (indigents) et financé par le budget de l'Etat.**

Ce régime n'a pas pour objectif essentiel de couvrir les travailleurs du secteur informel. Toutefois, en raison de la précarité dans laquelle vit une partie des personnes travaillant dans le secteur informel et leurs familles, ce régime a le potentiel de toucher les couches les plus pauvres de ce groupe. Ces familles n'ayant pas de capacités contributives suffisantes pour adhérer à un régime assurantiel (en l'occurrence une mutuelle), se trouveraient automatiquement sans couverture sanitaire sans l'existence d'un tel mécanisme non contributif de prise en charge médicale des plus démunis.

Les décideurs estiment que la mise en place de mécanismes de protection financière en santé, pour les couches pauvres et vulnérables de la population des pays francophones, y compris les travailleurs informels, en utilisant des méthodes de ciblage pour l'identification et l'éligibilité, pourrait contribuer à l'agenda de la CSU.

A l'instar d'autres nations en développement, les pays de la sous-région qui ont opté pour les politiques de ciblage utilisent ou comptent utiliser plusieurs méthodes en vue d'identifier les personnes éligibles aux régimes de protection financière (Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mauritanie et Sénégal): (i) l'évaluation indirecte des ressources (Proxy Means Tests (PMT)), (ii) le ciblage géographique, (iii) le ciblage communautaire, (iv) le ciblage statutaire et (v) la combinaison de deux ou plusieurs méthodes usuelles.

Toutefois, on remarque, de plus en plus, un engouement montant vers le développement du Registre Social comme un outil d'identification des personnes vulnérables et donc éligibles aux régimes de filets de protection sociale, y compris contre le risque maladie. En Mauritanie, par exemple, même si ce type de régime (en faveur des indigents) y est très embryonnaire, cette politique commence à prendre de l'ampleur. En effet, le pays a développé un Registre Social qui est en phase d'extension

rapide. Ce registre sera utilisé non seulement dans le cadre du programme de transferts sociaux appelé *Tekavoul* qui est en cours, mais aussi pour l'identification des personnes éligibles au projet RAMED en préparation (Régime d'Assistance Médicale des Economiquement Démunis).

### **Encadré 3 : Quelques exemples de textes de lois**

#### ***Le Régime d'Assurance Maladie Universelle au Burkina Faso***

Le Burkina Faso a institué un Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) au travers de la loi 060-2015/CNT pour tous les résidents (toute personne physique domiciliée sur le territoire national), quelle que soit leur statut social et leur catégorie socio-professionnelle.

Par le décret numéro 2018-0265, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie Universelle (CNAMU), lancée en mars 2018, assurera progressivement : le régime d'assurance du secteur informel (basé sur l'expansion des mutuelles sociales), la couverture du secteur formel et la gestion des gratuités.

Néanmoins, le panier de soins n'est pas défini, et les paniers pourraient être différents selon les différents régimes sous la CNAMU. Mais la loi parle des services de soins uniquement dispensés dans le pays.

Le financement est essentiellement assuré par des cotisations des bénéficiaires et des employeurs (y compris l'Etat) et une subvention budgétaire pour l'affiliation des indigents est prévue.

#### ***La Couverture Médicale Universelle en Côte d'Ivoire***

Par la loi 2014-131 du 24 mars 2014, la Côte d'Ivoire instituait un régime de Couverture Maladie Universelle (CMU) au profit de tous les résidents sur le territoire ivoirien. Les articles 2 et 4 de la loi sur la CMU précisent son caractère obligatoire. Elle s'impose de ce fait à toutes les personnes qui résident sur le territoire ivoirien, y compris les travailleurs dans le secteur informel et leurs ayants droits. Chaque assuré disposera d'un numéro d'immatriculation unique. Selon l'article 27 de la loi sur la CMU, ce numéro d'immatriculation constituera l'identifiant unique du système de sécurité sociale de la Côte d'Ivoire et remplacera de facto tous les autres numéros existants.

La gestion de la CMU est confiée à une Institution de Prévoyance Sociale dénommée Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

La CMU comprend deux régimes dont un Régime Général de Base (RDB) contributif alimenté par les cotisations des ménages et des employeurs et un Régime d'Assistance Médicale (RAM) destiné aux personnes identifiées comme indigentes et financé par le budget de l'Etat. Les deux régimes bénéficient de ressources financières additionnelles pour assurer l'équilibre entre les dépenses et les recettes de la CNAM.

Dans la réalisation de sa mission, la CNAM s'appuie sur des Organismes Gestionnaires Délégués (OGD). Ces OGD ont en charge le recouvrement des cotisations des assurés et de liquidations des prestations de soins de santé.

Les assurances et les gestionnaires de portefeuille sont pressentis pour la gestion des prestations de soins de santé. Il s'agit ici de s'appuyer sur les structures qui existent et qui ont développé une solide expérience soit dans le recouvrement des cotisations, soit dans des prestations de soins de santé.

Selon la loi, sont garanties les prestations de soin inhérentes à la maladie ou à l'accident, à la maternité et à la réhabilitation physique et fonctionnelle. Les services se définissent en termes de prestations de base avec un paquet minimum d'activités (panier de soins). La liste des services offerts est la suivante : les consultations (Infirmiers, Sages-femmes, Médecins généralistes et spécialistes) ; les médicaments ; les actes de chirurgie ; les examens de laboratoire ; les hospitalisations.

### ***La Couverture Médicale Universelle au Sénégal***

Au travers d'un projet de texte de loi, le Sénégal a institué un régime de Couverture Maladie Universelle (CMU) au profit de tous les résidents sur le territoire sénégalais.

Le projet de texte définit un paquet de services minimum (la CMU couvrant au moins 80% des frais médicaux et au moins 50% des coûts des médicaments prescrits) qui comprend : les soins ambulatoires, l'hospitalisation, la maternité, les médicaments et les services de prévention.

La Couverture Maladie Universelle a été lancée en 2013 au Sénégal et l'Agence pour la Couverture Maladie Universelle (ACMU) a été créée en janvier 2015 et a une autonomie financière. Cette Agence gère la couverture du secteur informel (par le biais de mutuelles de santé, une par collectivité locale) et les politiques de gratuités (enfants de moins de cinq ans, femmes enceintes, personnes âgées...)

Le programme CMU vise les groupes ruraux et informels à travers un programme d'assurance maladie subventionné de mutuelles de santé. Dans ce programme, au moins une mutuelle par collectivité locale a été mise en place. Les droits d'adhésion sont hautement subventionnés par le Gouvernement (50 pourcent du montant des frais). De plus, pour les ménages les plus pauvres (identifiés à travers une méthodologie nationale, enregistrés dans un Registre Unique et bénéficiaires du Programme National des Bourses de Sécurité Familiale) et les personnes handicapées, les droits d'adhésion et copaiements sont entièrement subventionnés par le Gouvernement.

Les régimes d'assistance médicale garantissent la prise en charge totale ou partielle des dépenses de santé a des catégories de personnes ciblées. Ces régimes sont justifiés par la situation particulière des bénéficiaires en raison notamment de leur vulnérabilité, leur âge, leur état de santé ou d'un handicap.

## **4.2. Opinions des parties prenantes**

En vue de mener une analyse succincte sur les opinions des parties prenantes et des experts, l'équipe chargée de la présente étude a préparé un questionnaire (cf. annexe 1) qui a été rempli par plus de trente enquêtés au Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Sénégal appartenant à plusieurs institutions publiques (Ministère de la Santé, Ministère des Finances, Ministère du Travail/Emploi et organismes de Sécurité Sociale), partenaires techniques et financiers, mutuelles corporatistes, mutuelles à base communautaire, et associations à base communautaire. Ces questions ont porté sur quatre volets :

- Approche générale ;
- Options de mise en commun des fonds pour couvrir le secteur informel ;
- Options de financement et du paquet de services ;
- Questions institutionnelles.

### **4.2.1. Approche générale**

*A-t-on les moyens financiers, humains et institutionnels pour couvrir le secteur informel ?*

Selon 35% des personnes questionnées, ces moyens sont inexistantes ou insuffisants. Toutefois, il ne faudrait pas attendre que ces moyens soient disponibles pour mettre en place une politique de couverture du secteur informel.

*La partie offre du système de santé est-elle prête pour ce saut ?*

Plus de 40% des personnes questionnées pensent que cette offre n'est pas prête et que le renforcement de celle-ci devrait être une forte mesure d'accompagnement dans le cadre de la CSU et la couverture du secteur informel.

*Qui devrait piloter l'agenda de la CSU, en général, et celle de la couverture du secteur informel, en particulier ?*

Près de la moitié des personnes ayant exprimé leurs opinions, pensent que le meilleur moyen de piloter la CSU est de la confier à un Haut Comité sous la tutelle de la Primature (ou la Présidence). Alors que la mise en œuvre pratique de la couverture du secteur informel devrait revenir au ministère chargé de la santé, pour le côté offre, et le ministère chargé de la protection sociale, côté demande. D'autres (24%) pensent que c'est au ministère de la santé de piloter le tout ; le même pourcentage de personnes questionnées pense que ce serait plutôt une agence nationale dédiée (comme l'Agence de la Couverture Médicale Universelle au Sénégal) qui devrait prendre cette responsabilité et ce leadership.

*Doit-on couvrir le secteur informel progressivement ?*

A l'unanimité, les participants à ce questionnaire ont vivement recommandé une mise en place progressive de cette couverture en raison de la magnitude très importante du secteur informel et son hétérogénéité élevée.

### **4.2.2. Options de mise en commun des fonds pour couvrir le secteur informel**

*Les ou les régimes de couverture du secteur informel devraient être obligatoires ou facultatifs ?*

Une bonne majorité, 59%, pense que cette couverture devrait être obligatoire « en vue d'atténuer la sélection adverse ».

*Devrait-on opter pour un régime unique pour tout le secteur informel ou plusieurs régimes selon l'hétérogénéité de ce secteur ?*

Plus de 70% des personnes questionnées pensent qu'il faudrait un régime unique « pour plus d'efficacité et d'équité ».

*Si c'est un seul régime, devrait-il être à part ou mis en commun avec d'autres programmes existants ou à créer ?*

Un tiers des opinions exprimées est pour un régime séparé dédié exclusivement aux travailleurs du secteur informel. En fait, la majorité est pour un régime unique de protection financière contre le risque maladie couvrant toute la population, y compris le secteur informel.

*Les mutuelles à base communautaires et les mutuelles corporatistes sont-elles de bonnes alternatives pour couvrir le secteur informel ?*

Dans le cas d'absence d'un régime unique pour toute la population, une grande majorité des personnes questionnées (plus de 70%) pensent que les mutuelles corporatistes sont un bon moyen pour couvrir le secteur informel localisé (ayant pignon sur rue et payant des taxes locales comme la Patente).

Pour les mutuelles à base communautaire, la situation semble mitigée : la moitié pense que ces mutuelles sont adéquates pour la couverture du secteur informel non localisé (l'autre moitié pense le contraire). Toutefois, en excluant le Sénégal (où le soutien à ces mutuelles est beaucoup plus fort que dans les autres pays), la balance pencherait plutôt pour les personnes qui pensent que, telles qu'elles sont aujourd'hui, ces entités ne sont pas adaptées à une couverture de masse (deux-tiers des opinions exprimées hors Sénégal).

*Devrait-on isoler la population pauvre du secteur informel pour la couvrir séparément ?*

Près des trois-quarts des opinions exprimées sont favorables à une non séparation de la population pauvre du reste des travailleurs du secteur informel. Toutefois, les plus pauvres « ne doivent payer ni cotisations ni ticket modérateur pour plus d'équité ».

#### **4.2.3. Options de financement et du paquet de services**

*Devrait-on privilégier des cotisations selon les capacités contributives pour plus d'équité ou sous forme de forfaits pour plus de facilité ?*

Près des deux-tiers des personnes questionnées suggèrent des cotisations en dépit de la difficulté d'appréhension des revenus dans le secteur informel.

*Cela devrait-il être appliqué à tous les travailleurs du secteur informel ou devrait-on recourir à des traitements différents si le secteur est très hétérogène ?*

En dépit de l'hétérogénéité du secteur informel, les personnes ayant exprimé leurs opinions pensent tous, sans exception, que la contribution financière au régime qui couvre ce secteur devrait être identique.

*A quelle fréquence ces cotisations doivent-elles être collectées ?*

Contrairement à la question précédente, les avis sur la fréquence vont dans le sens d'une adaptation aux spécificités des différentes activités du secteur informel. Par exemple, pour les travailleurs agricoles, il est recommandé que la fréquentation des paiements des cotisations soit semestrielle ou annuelle. Par contre pour les petits vendeurs, il est recommandé de leur permettre de payer de petites sommes quand ils peuvent ; l'essentiel est que le paiement intégral des cotisations dues soit fait pendant l'année.

*Quels sont les meilleurs canaux pour faire cette collecte ?*

Trois-quarts des réponses données proposent de passer par les mutuelles (corporatistes et à base communautaire) ou par les associations locales en vue d'effectuer la collecte des contributions financières des travailleurs du secteur informel.

*Opinions sur l'utilisation des transferts via le téléphone mobile (mobile money)*

Plus de 88% des avis exprimés sont en faveur de l'utilisation de ce moyen pour collecter les contributions financières des travailleurs informels. Les 12% restants pensent que c'est une alternative à explorer.

*Ces cotisations devraient-elles être subventionnées par l'Etat ? Et pour tous les travailleurs du secteur informel ?*

Sans exception, les personnes questionnées pensent que l'Etat doit subventionner la couverture médicale des travailleurs du secteur informel, en excluant, toutefois, de subventionner les personnes riches (« car toutes les personnes occupées dans ce secteur ne sont pas à revenus modestes »).

*Les impôts et taxes seraient-ils une meilleure alternative pour financer la couverture du secteur informel contre le risque maladie ?*

L'écrasante majorité des personnes questionnées pensent que les impôts et taxes sont un complément pertinent aux cotisations (qui pourraient s'avérer insuffisantes) et n'en sont pas un substitut. Toutefois, elles jugent que l'Etat devrait financer entièrement la prise en charge des plus pauvres travaillant dans le secteur informel, au travers des impôts et taxes.

*Le panier de soins du/des régimes à mettre en place doit-il prendre en considération les besoins de ces travailleurs et de leurs familles ou bien le niveau des ressources mobilisables ?*

Un peu plus de la moitié des avis exprimés (53%) est pour une approche hybride qui prend en considération aussi bien les besoins de la population concernée que les ressources disponibles ou mobilisables. Seuls 18% estiment que la définition du panier de soins devrait être fondée exclusivement sur les besoins des travailleurs du secteur informel contre 29% qui pensent que cette définition ne doit prendre en considération que les ressources disponibles.

*Dans ce cas, ce panier de soins devrait-il être similaire à celui des autres régimes ?*

La réponse est plutôt « oui » pour 82,4% des avis exprimés qui estime qu'il ne faudrait pas différencier entre le régime pour les travailleurs du secteur informel et les autres régimes.

*Opinions sur un panier minimum universel*

En complément à la question précédente, les opinions exprimées sont non seulement pour la définition d'un panier de soins similaire à celui des autres régimes, mais aussi (100% des avis exprimés) pour un régime universel qui assure l'essentiel pour toute la population : les plus pauvres, les travailleurs du secteur informel, les employés du secteur formel, les fonctionnaires...

#### **4.2.4. Questions institutionnelles**

*Serait-il opportun de créer un fond et/ou une institution nouvelle pour gérer le/les régimes des travailleurs du secteur informel si le régime en question n'est pas une mutuelle ?*

Plus des trois-quarts des opinions exprimées optent pour la création d'une institution (et d'un fonds) qui serait chargée de la couverture médicale des travailleurs du secteur informel et de leurs ayant droits.

*Opinions sur un arrangement institutionnel multiple (avec contrats de sous-traitance) : différentes institutions chargées de l'immatriculation, production et distribution des cartes d'assurés, collecte des cotisations, définition de la politique d'achat des services de santé, gestion des feuilles maladie, paiement des prestataires, etc.*

Cette question est complémentaire par rapport à la précédente. Selon les avis donnés (100%), il est important d'avoir une seule institution chargée de la gestion générale du régime pour le secteur informel mais sous-traitant avec d'autres entités, ayant une meilleure proximité avec la population concernée et les prestataires de soins, en vue d'effectuer des opérations comme par exemple la sensibilisation, l'immatriculation, la distribution de la carte d'assuré, la collecte de cotisations, la gestion des feuilles maladie des soins ambulatoires hors hôpitaux, la collecte des plaintes...

#### **Synthèse :**

En résumé, selon les opinions exprimées :

Premièrement, les moyens humains, financiers et institutionnels ainsi que l'offre de soins seraient modestes mais cela ne représenterait pas une raison pour ne pas progresser dans le développement de la CSU et sa mise en œuvre. Au contraire, la mise à niveau de ces moyens, ces institutions et cette offre de soins devraient être un des axes forts de l'agenda de la CSU qui devrait être mise en place progressivement selon les capacités techniques, matérielles et institutionnelles des pays.



Deuxièmement, la couverture (et l'adhésion) des travailleurs du secteur informel et leurs familles devrait être faite à travers un ou plusieurs régimes obligatoires de protection contre le risque financier de la maladie. Les personnes interrogées ne pensent pas qu'un régime facultatif puisse attirer une majorité de ces travailleurs. Un régime facultatif est qualifié également d'être une source potentielle de sélection adverse.

Troisièmement, les avis exprimés sont en faveur d'un régime unique de couverture médicale pour l'ensemble des travailleurs du secteur informel (en dépit de son hétérogénéité). Ils sont même pour un seul régime obligatoire pour toute la population (y compris les plus pauvres, les fonctionnaires, le secteur formel et le secteur informel). Ce régime serait mis en œuvre par une seule institution publique qui pourrait signer des contrats de sous-traitance avec des entités ayant une proximité avec la population en vue de gérer partiellement ou totalement des fonctions comme l'immatriculation, la distribution de cartes de bénéficiaires, la collecte de cotisations...

Quatrièmement, concernant le financement, les personnes enquêtées suggèrent des cotisations pour tous les bénéficiaires, avec une certaine flexibilité quant à la fréquence de leur collecte. Ils proposent également l'utilisation des mutuelles comme entités de collecte de ces cotisations ainsi que les téléphones mobiles. Ils sont pour une forte participation de l'Etat au financement de la couverture médicale des travailleurs du secteur informel au travers des impôts et taxes. Cette participation serait destinée à subventionner une partie des contributions des travailleurs et à financer entièrement les cotisations et le ticket modérateur des plus pauvres.

Enfin, l'ultime suggestion concerne le panier de services de santé qui devrait être universel pour tout un chacun et qui devrait inclure des soins, des services et des bien médicaux essentiels.

## **5. Proposition d'orientations stratégiques pour la couverture du secteur informel**

Ce qui est recommandé dans ce chapitre repose sur l'analyse socioéconomique et situationnelle de l'Afrique de Ouest francophone ; les études faites sur les trois pays cités plus haut, à savoir le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Sénégal ; sur les opinions exprimées par les parties prenantes ; ainsi que la littérature et les expériences internationales dans le domaine de la couverture sanitaire des travailleurs du secteur informel. Les recommandations sont regroupées en quatre thématiques : (1) la gouvernance ; (2) la mobilisation des ressources ; (3) la mise en commun des ressources (mutualisation) et (4) l'achat des prestations de santé.

### **5.1. Gouvernance**

#### **5.1.1. Architecture institutionnelle et Gestion**

En vue d'éviter la fragmentation institutionnelle, de faciliter la péréquation, en cas de besoin, et d'éviter des surcoûts de transaction, il serait plus efficient d'opter pour une institution qui serait en charge non seulement de la mise en œuvre et de la gestion de la couverture sanitaire des travailleurs du secteur informel, mais aussi de celle des autres catégories socio-économiques et professionnelles. Une telle option paraît adéquate pour les pays de la sous-région qui sont à la recherche de systèmes pérennes et économiquement soutenables. Toutefois, cette institution doit être pourvue de moyens humains, financiers et juridiques adéquats pour garantir une bonne gouvernance. Elle pourrait être guidée, supervisée et contrôlée non seulement par les organes classiques d'inspection et de contrôle de l'Etat, mais également par une Haute Commission de la CSU qui serait placée sous la Primature par exemple. Cette recommandation s'inspire des opinions exprimées par les parties prenantes mais aussi par l'expérience internationale (Annear et al., 2015 ; Kurimoto N. & Annear P., 2013).

Cette unique institution chargée de la gestion générale du régime pour le secteur informel pourrait sous-traiter avec d'autres entités, ayant une meilleure proximité avec la population concernée et les prestataires de soins, en vue d'effectuer des opérations comme par exemple la distribution de la carte d'assuré, la sensibilisation communautaire, l'immatriculation, la collecte de cotisations, la gestion des feuilles maladie des soins ambulatoires hors hôpitaux, la collecte des plaintes... Par ailleurs, renforcer la proximité des agences renforce la confiance dans le dispositif et la volonté de souscription au dispositif d'assurance maladie.

Quel que soit le choix de la gouvernance de la couverture sanitaire des travailleurs du secteur informel, cela devrait être fait de telle sorte à ce que ces travailleurs et leurs ayants droits ne subissent pas de coûts élevés liés aux formalités d'adhésion, d'immatriculation, d'octroi de la carte de bénéficiaire et de paiement de cotisations...

Cependant, avant la mise en place d'une telle architecture institutionnelle lourde, il est nécessaire de mener des études de faisabilité, d'élaborer les textes législatifs nécessaires et de mobiliser les fonds adéquats pour tout ce processus.

### **5.1.2. Systèmes d'information sanitaire, enregistrement civil et identifiant unique**

Un des facteurs favorables au succès du Japon dans les années soixante et soixante-dix ainsi que de la Thaïlande durant la dernière décennie dans le domaine de la couverture sanitaire universelle, en général, et celle du secteur informel, en particulier, a été l'enregistrement civil et la création d'une base de données fiable, centralisée et régulièrement mise à jour pour couvrir l'ensemble de la population. La Chine et les Philippines ont également créé un identifiant unique de sécurité sociale pour chaque citoyen. Au Rwanda, le gouvernement central, quant à lui, fixe des objectifs d'adhésion à la mutualité à base communautaire ainsi que des incitations financières au profit des collectivités locales selon le degré d'atteinte de ces objectifs (JLN et al., 2013).

### **5.1.3. Campagnes de sensibilisation**

Dans la section 4.2, nous avons vu que les travailleurs dans le secteur informel ne sont pas toujours au courant des bénéfices sociaux des programmes de protection sociale en santé qui sont mis à leur disposition. Et même s'ils le sont, souvent ils ne savent pas comment y adhérer ou profiter de ces programmes.

C'est pour cela qu'il est très important que le processus de couverture du secteur informel contre le risque maladie doit être accompagné d'une campagne d'information et de sensibilisation pour inciter les travailleurs à adhérer au système et pour expliquer les formalités tout en précisant leur simplicité (cas de la Chine et du Rwanda ; Acharya et al., 2013 ; Annear PL et al., 2015). Cette campagne doit commencer dès la préparation et continue jusqu'au démarrage et la mise en vigueur.

### **5.1.4. Approche recommandée pour les partenaires internationaux : un accompagnement des pays de la sous-région aligné sur les priorités nationales**

Il est important de reconnaître que de nombreux pays de la sous-région ont fait un choix politique afférent à la CSU avec des orientations spécifiques : par exemple, un bon nombre de pays concernés a choisi d'étendre la couverture sanitaire principalement au travers de l'assurance maladie. Quelques-uns ont opté pour les mutuelles corporatistes et les mutuelles à base communautaire en vue de couvrir respectivement les travailleurs du secteur informel localisé et les personnes occupées par des activités informelles non localisées (cas du Sénégal). Certes, la question de savoir si c'est véritablement le meilleur choix possible demeure légitime. Toutefois, il est important que les partenaires internationaux reconnaissent que c'est un choix souverain fait par ces pays qui est en cours de mise en œuvre. En soutenant financièrement et techniquement la sous-région, ces partenaires doivent reconnaître que les pays qui sont avancés ne demandent pas de conseils quant

à la voie qu'ils devraient prendre ; ceux-là ont fait leur choix et demandent plutôt un soutien pour mettre en œuvre les voies qu'ils ont déjà choisies (Cotlear & Rosemberg, 2017). Néanmoins, le rôle des partenaires dans l'appui qu'ils apportent aux pays est aussi de les aider à atténuer les risques et à développer et mettre en œuvre les systèmes de suivi-évaluation indispensables à la mesure de politiques de CSU mises en œuvre. Ces systèmes et les revues régulières permettent notamment d'apporter des ajustements et des mesures correctrices, basés sur les leçons apprises et sur des bases factuelles.

#### **5.1.5. Pour les pays qui sont au début de la réflexion sur la couverture sanitaire des travailleurs du secteur informel : élaborer d'abord une stratégie de financement de la santé**

Pour les pays de la sous-région qui sont encore à une phase de réflexion sur la CSU et/ou sur la couverture sanitaire des travailleurs du secteur informel, il est recommandé d'élaborer d'abord une stratégie nationale de financement de la santé qui sera une grande composante de la politique de CSU. Cette stratégie devrait orienter et guider les équipes gouvernementales et leurs partenaires (secteur privé, société civile et partenaires internationaux) en vue de mettre en œuvre une vision nationale émanant d'un consensus national obtenu au travers d'un processus participatif. Cette stratégie devrait contenir des orientations efficaces pour couvrir le secteur informel ainsi que leurs coûts et les prérequis institutionnels, juridiques et techniques nécessaires à la mise en œuvre de ces orientations. Bien évidemment, à défaut d'une telle stratégie, des études de faisabilité bien menées pourraient s'avérer utiles. Mais il est préférable de partir d'une vision holistique et de long terme pour une couverture universelle harmonieuse.

Il convient de relever l'importance de structurer ces stratégies de financement pour faciliter l'opérationnalisation des options prises. Au-delà d'une stratégie de financement, une attention particulière doit être aussi portée à la mobilisation des ressources et à l'assistance technique nécessaire à son opérationnalisation, y compris les enjeux relatifs à l'identification des plus pauvres, le développement de systèmes robustes de suivi-évaluation pour mesurer les progrès vers la CSU, et la structure et capacités de l'agence chargée de l'assurance maladie.

### **5.2. Mobilisation des Ressources**

#### **5.2.1. Fort engagement financier et institutionnel de l'Etat**

Dans tous les pays (développés ou en voie de développement) ayant atteint un degré élevé de CSU, l'engagement de l'Etat a été toujours fort (WHO, 2010 ; Carrin et al., 2006). Dans ces pays l'engagement ferme de l'Etat en termes politiques, financiers et institutionnels a été à la hauteur des ambitions nationales de l'agenda de la CSU.

Dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest Francophone, les pays sont confrontés à un défi majeur : D'un côté, la quasi-totalité de ces pays, hormis la Mauritanie, a manifesté un engagement politique fort en faveur de la CSU. D'un autre côté, ils font face à des contraintes macroéconomiques importantes (le PIB par habitant oscille entre 400 US\$ et 1400 US\$). Dans les pays de la sous-région, l'espace budgétaire du secteur de la santé est, en général, faible : les Etats allouent entre 5,6% et 11,2% de leurs budgets généraux à la santé ; une allocation éloignée de la cible de la Déclaration d'Abuja (15%). Il est intéressant de noter que l'un des rares pays de l'Afrique Sub-Saharienne ayant atteint un niveau relativement élevé de CSU, à savoir le Rwanda, à un PIB par habitant qui se situe dans l'intervalle des pays de la sous-région mais alloue plus de 15% de son budget général au secteur de la santé. Ce pays s'est engagé fortement en termes financiers pour la cause de la CSU. Il a également mis en œuvre des politiques ciblant une meilleure efficacité du

système de santé dont le financement basé sur la performance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Il est donc possible de déployer davantage d'efforts financiers et institutionnels par les Etats de la sous-région qui ont clairement montré leur volonté politique de faire avancer l'agenda de la CSU et la couverture de toute la population, y compris les travailleurs du secteur informel. Par exemple, un pays comme le Sénégal a déjà entamé des efforts louables (mais qui restent à consolider) pour soutenir financièrement et institutionnellement l'agenda de la CSU en constituant un fond dédié à ce qui est intitulé « La couverture médicale universelle - CMU » et en mettant en place une Agence de la CMU ainsi qu'une commission ad hoc placée auprès de la Primature.

Il est important de noter que dans les pays d'Afrique, le paiement qui est fait par des fonds divers d'assurance maladie sont un complément par rapport au financement de l'Etat. Toutefois, souvent, le montant qui est payé par l'assurance n'est pas très significatif, ne couvre pas le coût de la prestation des soins et s'effectue très tardivement. Par conséquent, dans quelques pays, les prestataires de soins (et les patients) ne soumettent pas les factures à l'assurance pour remboursement (Haazen D., 2012).

Par contre, dans quelques régimes d'assurance maladie de l'Europe de l'Est (par exemple Bulgarie, Roumanie et Lettonie), à l'exception du ticket modérateur, le paiement de l'assurance est quasiment le seul paiement que les prestataires reçoivent. Ce paiement doit couvrir le prix de revient de la prestation des soins, y inclut les salaires des personnels et le coût des médicaments. La leçon pour les pays Africains est d'envisager la possibilité d'inclusion des fonds budgétaires dans les régimes mutualisés, par exemple pour le paiement des cotisations pour des indigents et le subventionnement des cotisations pour les ménages informels pauvres, qui ne sont pas considérés comme indigents. Cette approche :

- (a) augmente considérablement les fonds disponibles pour la mise en œuvre de la CSU ;
- (b) permet une vraie séparation entre les acheteurs et les fournisseurs de soins ; et
- (c) permet un changement dans le rôle du Ministère de la Santé en tant que pilote du système.

Le schéma ci-dessous illustre les flux potentiels des fonds dans un tel système.



Abeba au cours de la Conférence sur le Financement du Développement, offre une plateforme potentielle pour une telle coordination.

### **5.2.3. Paiements flexibles des contributions**

Concernant le paiement des contributions aux régimes qui couvrent les travailleurs du secteur informel, il est important de noter que la technologie utilisée, les moyens de collecte, le calendrier et la programmation de ce paiement affectent l'adhésion et son maintien. En vue d'améliorer la collecte des contributions et diminuer le taux d'abandon, des stratégies ont été identifiées et mises en place dans plusieurs pays qui consistent à proposer un calendrier de paiement flexible selon la nature des occupations des bénéficiaires (Kurimoto N. & Annear P., 2013, JLN et al., 2013). Cela concerne notamment les agriculteurs dont les revenus sont concentrés durant les périodes de récoltes. Par ailleurs, plusieurs pays envisagent les paiements par téléphone mobile en vue de réduire le temps et les coûts associés aux paiements dans des emplacements fixes. D'autres utilisent des entités de proximité pour la collecte des contributions, notamment les associations et les mutuelles à base communautaire (JLN et al., 2013). Il est, bien sûr, possible d'utiliser plusieurs options pour maximiser l'adhésion.

Concernant la méthode de contribution financière des travailleurs du secteur informel, il existe plusieurs possibilités : (i) cotisations, (ii) forfaits homogènes périodiques, (iii) forfait annuel standard. Les cotisations seraient plus pertinentes pour les employés du secteur informel localisé. Toutefois, cette modalité perd tout son sens en présence de personnes occupées dans des activités informelles non localisées (vendeurs à la sauvette, porteurs...). Le paiement de forfaits paraît plus adéquat même si ceux-là favorisent un financement régressif comme dans le cas du Ghana (Amporfu, 2013). Il est possible d'instituer des forfaits avec différents paliers et hétérogènes selon le type d'occupation, mais ce système serait lourd et coûteux.

## **5.3. Mise en commun des ressources**

### **5.3.1. Intégrer la gratuité ciblée avec l'assurance maladie**

Comme tous les pays de la sous-région ont des mécanismes de gratuité ciblée, la couverture de la population doit prendre en compte l'harmonisation de ces politiques de gratuité et des régimes d'assurance maladie. Souvent, ces mécanismes ne sont pas effectivement gratuits ni suffisamment ciblés. C'est une réalité politique qui exige une approche pragmatique. Les pays de la sous-région connaîtront d'énormes difficultés pour faire face à la fois aux gratuités et à la subvention de l'accès à l'assurance. En outre, un système non-intégré induirait des inefficiences importantes du fait de la fragmentation, des duplications administratives, des coûts administratifs élevés et une difficulté de mettre en place un achat stratégique fort.

### **5.3.2. Opter pour l'obligation en vue de maximiser la couverture sanitaire et de mieux lutter contre la sélection adverse**

L'assurance maladie volontaire n'est pas une voie pertinente vers la CSU. La plupart des pays à revenu élevé ou intermédiaire qui ont eu recours à l'assurance-maladie pour couvrir leur population l'ont fait au travers de régimes obligatoires tout en subventionnant les populations les plus vulnérables (Cotlear et al., 2015).

Certes, les régimes facultatifs de protection contre le risque maladie, lorsqu'ils sont bien mis en œuvre peuvent apporter des fonds en l'absence de systèmes généralisés de prépaiement et de mise en commun des ressources. Ils peuvent également aider à permettre aux populations concernées de se rendre compte des avantages de l'assurance maladie. Toutefois, ils ont une capacité limitée à

couvrir les personnes à haut risque (malades chroniques par exemple), les pauvres et ceux qui ont une capacité contributive faible (OMS, 2010).

Une récente étude de la Banque Mondiale (Bitran, 2014) montre que dans les pays en développement, l'assurance maladie volontaire réussit rarement à enrôler une grande partie de la population du secteur informel. Cette étude, qui a examiné treize nations en développement dont un bon nombre disposait d'une possibilité d'inscrire les travailleurs du secteur informel dans les programmes d'assurance maladie sociale, a constaté qu'en dépit de présence de subventions dans de nombreux pays, ces programmes volontaires induisaient de très faibles adhésions dans le secteur informel et un degré élevé de sélection adverse (les adhérents volontaires étaient surtout des personnes à haut risque ou membres de ménages à grande taille).

Si les régimes obligatoires sont certainement plus efficaces pour couvrir les travailleurs du secteur informel, ils devraient être accompagnés d'un minimum de mesures parallèles qui sont nécessaires à leur réussite :

- Du moment que l'obligation cherche à atteindre l'universalisme, il est important dès le départ de définir et de mettre en place des mesures adéquates pour la maîtrise de coûts en vue d'assurer une certaine pérennité de ce système.
- Les paramètres du système à proposer devraient chercher un compromis difficile : un panier essentiel et universel assez attractif mais à un coût qui n'est pas prohibitif ni pour les familles, ni pour l'Etat, ni pour les employeurs.
- La mise en place d'un régime obligatoire doit s'accompagner d'une prise en charge totale des pauvres qui n'ont pas la possibilité d'adhérer à un tel système sans l'aide de l'Etat.
- En plus de la prise en charge des plus pauvres, l'Etat devrait assurer un subventionnement des personnes non pauvres mais ayant une capacité contributive limitée, notamment les travailleurs du secteur informel ayant des revenus modestes, en vue de les encourager à participer à un tel régime et à s'y maintenir.
- Mettre en place un système d'adhésion à des régimes proposant les mêmes caractéristiques (panier de soins, niveau de contribution, magnitude du ticket modérateur...) et gérés par des institutions ou des entités crédibles, pérennes et accrédités.

### **5.3.3. Améliorer les incitations à l'obligation**

Les incitations dites « négatives », de type « on ne peut obtenir un service public donné que si on est couvert par un régime de protection sociale en santé », pourraient s'avérer très efficaces si elles sont bien adaptées et ne remettent pas en cause d'autres programmes sociaux importants. Par exemple des pays comme l'Indonésie font conditionner l'obtention d'un permis de conduire, d'un titre foncier ou d'un passeport à l'existence d'une couverture contre le risque maladie. D'autres pays comme le Sénégal ou la Côte d'Ivoire sont en cours de réflexion sur la possibilité de conditionner l'obtention d'une ligne de téléphone mobile à l'adhésion à un régime de protection sociale en santé.

Toutefois, ces conditionnalités pourraient s'avérer nuisibles pour d'autres secteurs comme l'éducation (ou l'enregistrement civil) si on liait l'inscription scolaire à la condition de protection sociale en santé. Cela risquerait de nuire aussi bien à la scolarisation qu'à la santé de la population en cas de refus massif des actifs du secteur informel d'inscrire leurs enfants à l'école en raison de cette condition.

### **5.3.4. Développer des méthodes innovantes et adaptées au contexte pour toucher le secteur informel : importance de la téléphonie mobile**

Pour cibler et toucher le secteur informel, les possibilités sont nombreuses au travers de groupes professionnels organisés (corporations des vendeurs, des transporteurs, des couturiers...),

d'associations, de tontines, de mutuelles de micro-crédit, de groupes religieux... Toutefois ces possibilités restent fragmentées et ne permettent pas d'atteindre les travailleurs du secteur informel non localisé.

C'est pour cela qu'il serait nécessaire de recourir à des voies qui permettent de toucher un nombre très important d'actifs du secteur informel et leurs familles. Une des voies prometteuses est la téléphonie mobile. Selon l'Union Internationale des Télécommunications (UIT), en 2016, il y avait près de 116 millions de souscriptions à la téléphonie mobile en Afrique de l'Ouest Francophone, sur une population totale de moins de 132 millions. Donc avec un taux de pénétration très élevé de la téléphonie mobile, il serait intéressant d'explorer les moyens non seulement de faire adhérer les travailleurs du secteur informel mais aussi de leur faciliter les paiements des cotisations et la réception des montants de remboursement de soins en cas de besoin.

Cette dynamique sera de plus en plus forte dans le futur avec des compagnies de téléphonie qui affichent clairement leurs ambitions de créer du Mobile Banking (entre 10% et 20% des adultes détiendraient, en Afrique subsaharienne, un compte bancaire mobile, selon l'UIT). Des possibilités de partenariat public-privé entre les compagnies de téléphonie et les organismes de protection sociale en santé seraient de potentielles voies stratégiques à explorer dans la sous-région.

### **5.3.5. Quel choix de mise en commun des fonds et de financement de la couverture du secteur informel ?**

De par le monde et non pas uniquement dans les pays en développement, le financement des systèmes de santé est de plus en plus hybride : c'est plutôt un mélange entre le système Beveridgien (basé sur les impôts) et le système Bismarckien (fondé sur les cotisations à l'assurance maladie). Chaque pays mène son dialogue avec toutes les parties prenantes en vue de déterminer quel pourrait être le meilleur dosage et équilibre pour son propre système.

Il est recommandé toutefois de créer un Fonds commun à la couverture sanitaire des travailleurs du secteur informel. Ses sources pourraient provenir surtout de l'Etat, des employeurs (secteur informel localisé) et des bénéficiaires. La cotisation ou participation financière des employeurs est non seulement une source de financement, mais aussi un moyen de faire participer le secteur informel localisé, à l'instar du secteur formel. Bien réfléchi et bien dosé, ce mécanisme pourrait atténuer fortement le risque de basculement de l'emploi formel vers l'informel.

La participation de l'Etat à l'effort de financement de la couverture sanitaire du secteur informel est nécessaire comme le montrent les cas du Rwanda, Vietnam, Chine et Thaïlande (JLN et al., 2013 ; Bitran, 2014). Sans cet engagement financier, le taux de pénétration du régime en question et le degré de fidélisation des bénéficiaires seraient très faibles car la majorité des travailleurs dans l'informel a des revenus irréguliers et bas (Vilcu et al., 2016).

### **5.3.6. Politique de ciblage : oui mais les discriminations, les lourdeurs et les surcoûts sont à éviter**

Dans la Section 4.1, nous avons vu que la plupart des pays de la sous-région ont déjà entamé des politiques et développé des outils plus ou moins avancés pour l'identification et la prise en charge des personnes pauvres. Ces outils sont de plus en plus sophistiqués. C'est une dynamique qu'il faudrait maintenir et continuer de soutenir par le gouvernement et ses partenaires car le ciblage n'est pas en contradiction avec l'universalisme si la vision est d'identifier les plus pauvres pour pouvoir leur éviter de payer des contributions/cotisations ou des co-paiements qui risqueraient soit de les dissuader de se couvrir et d'utiliser les soins, soit de les appauvrir davantage.



Cependant ces outils de ciblage ne devraient pas être transformés en un but en soi et devenir un obstacle coûteux et bureaucratique.

Par ailleurs, ces ciblés ne devraient pas être un prétexte pour « ranger » ces groupes vulnérables dans des régimes « indigents » et discriminatoires, des régimes spécifiques où les bénéficiaires ne sont pas logés à la même enseigne que le reste de la population plus avantagé, en l'occurrence les travailleurs du secteur formel (public et privé). L'objectif concernant cette catégorie de population (vulnérable), à l'instar de toute la société, étant de s'assurer qu'elle ait accès aux services de santé dont elle a besoin sans subir des difficultés financières.

Le Rapport sur le Développement dans le Monde (RDM 2019, à venir) suggère un certain nombre d'approches d'assistance sociale et de protection sociale qui pourraient être considérées comme complémentaires à la CSU. Elles comprennent le revenu minimum social garanti, l'épargne obligatoire et l'assurance sociale dans d'autres domaines (pensions, chômage, invalidité), les incitations à l'épargne sociale (retraite, éducation) et les politiques visant à améliorer la flexibilité du marché du travail. Selon le RDM, l'obtention d'un ensemble complet de mesures de protection universellement accessibles exigera une participation continue du gouvernement pour une couverture plus importante et subventionnée des pauvres. Cela pourrait être financé par un impôt plus large que les cotisations basées sur l'emploi et permettrait d'étendre cette assurance de base à toute la population. Il est clair qu'il existe des synergies potentielles entre ces propositions et les objectifs de la CSU, y compris un certain nombre de défis similaires pour atteindre le secteur informel. Il se pourrait qu'une approche plus coordonnée parvienne à atteindre plus de travailleurs du secteur informel qu'une série d'initiatives autonomes et non coordonnées.

## **5.4. Achat des prestations**

### **5.4.1. Quel choix du paquet de services de santé pour les travailleurs du secteur informel ?**

Dans le chapitre 4, nous avons vu que, aussi bien chez les pays de la sous-région relativement avancés dans la mise en œuvre de la couverture sanitaire (Sénégal et Côte d'Ivoire par exemple), que les parties prenantes qui se sont exprimées sur le secteur informel, il existe une certaine unanimité quant au panier de services de santé à offrir à cette catégorie de la population : ce panier devrait être universel et défini d'une manière homogène dans le cadre de la CSU pour toutes les catégories de la population : fonctionnaires, travailleurs du secteur formel privé, personnes pauvres, employés du secteur informel (y compris les travailleurs agricoles). Dans le cas du Sénégal et de la Côte d'Ivoire, cela est défini déjà dans des textes de lois. La raison essentielle de ce position unanime est lié au principe d'équité et d'égalité.

Toutefois, des auteurs comme Bitran (2014), qui cite des pays comme la Chine, la République Dominicaine et le Mexique qui ont opté pour des paquets différenciés, pensent qu'un panier homogène ou universel et subventionné pour les catégories les moins favorisées pourrait avoir des effets pervers (basculement de travailleurs vers le secteur informel, fausses déclarations et dissimulation du véritable statut socio-économique) et un impact négatif sur la pérennité financière des régimes proposés. En effet, un panier parfaitement homogène pourrait avoir un impact sur les incitations pour les travailleurs d'un groupe de s'identifier avec un autre groupe pour obtenir le même paquet avec un coût moindre. Cet aspect doit être pris en compte dans le développement des politiques, considérant les spécificités uniques de l'Afrique francophone. Une approche par phases mériterait d'être considérée, avec un paquet commun comme objectif final mais avec dans les phases initiales des paquets différents pour les différents groupes. Une considération cruciale reste bien évidemment la disponibilité effective du paquet : c'est un élément clé pour la volonté des populations à adhérer à la CSU, donc cela doit être traité de façon complémentaire aux aspects financiers.

Même si ces effets pervers sont à pondérer et même si le taux d’informalité est très élevé dans la sous-région, il est néanmoins important de prendre ces soucis au sérieux. C’est pour cela qu’un choix judicieux et fondé sur des bases factuelles, et accompagné de garde-fous, doit être pris en considération lors de l’élaboration du panier des services de santé. En outre, une politique de CSU doit se baser sur des principes importants comme l’équité pour ne pas créer une CSU à plusieurs vitesses : une couverture « indigente » pour les plus pauvres et une autre « modeste » pour les travailleurs du secteur informel. Ce qui est à l’encontre de l’objectif de la CSU qui est que « tout un chacun accède à des soins dont il a besoin (incluant la promotion, les soins préventifs, curatifs, rééducatifs et palliatifs), d’une qualité suffisante pour être efficaces, sans subir pour autant de difficultés ou de conséquences financières lourdes ». Pour cela, il serait préférable d’opter pour un panier universel et essentiel des services de santé pour toute la population dont le coût est abordable pour l’économie nationale. Bien évidemment des régimes complémentaires et facultatifs pourraient offrir des paquets supplémentaires aux catégories de la population qui le souhaiteraient.

Une autre considération est de savoir si ce panier devrait être fourni uniquement par le biais de prestataires du secteur public ou s’il devrait inclure aussi des fournisseurs de soins privés (à but lucratif, confessionnel ou à but non lucratif). Le choix des prestataires doit être dictés par des considérations d’achat stratégique. L’utilisation d’une approche de « payeur unique », comme discuté ci-dessus, pourrait aider à uniformiser les règles du jeu vis-à-vis des prestataires de soins quel que soit leur statut.

#### **5.4.2. Mise à niveau de l’offre des soins**

Un des facteurs importants de réussite de l’agenda CSU, et particulièrement la couverture du secteur informel, dans les pays en développement est sans aucun doute la mise à niveau de l’offre de soins en termes aussi bien de quantité que de qualité. Trop souvent, la question de CSU est vue comme une question de couverture financière. Mais donner aux populations une couverture sans assurer l’accès à des services de qualité est insuffisant et peut même avoir des effets pervers. En effet, bon nombre d’études sur le Cambodge, le Ghana, l’Inde, l’Indonésie, la Tanzanie, le Vietnam... ont montré que des services de soins de piètre ou modeste qualité, telles qu’elles sont perçues par les bénéficiaires ne permettent pas d’obtenir des taux de pénétration élevés et poussent les adhérents (bénéficiaires) à quitter leurs régimes (Annear et al., 2015 ; Criel B., Blaise P. et Ferette D., 2006 ; Fournier et al., 2006 ; Kurimoto N. & Annear P., 2013 ; McIntyre et al., 2013 ; Nguyen K.H. & Sommers B.A., 2016). C’est pour cela qu’il est très important d’inscrire la mise à niveau de l’offre de soins comme un axe important de la CSU et la couverture du secteur informel (JLN et al., 2013 ; Bitran R, 2014). Cela permettra non seulement d’attirer un nombre très important de bénéficiaires et de les maintenir dans les régimes qui les couvrent, mais aussi d’atténuer les coûts associés à l’absence de qualité des soins (surmortalité, complications, handicaps...). Cette mise à niveau pourrait être accompagnée d’une politique d’achat stratégique où des incitatifs sont créés pour l’amélioration de la qualité et de la disponibilité des services de soins au travers des mécanismes appropriés et efficaces de paiement fondé sur la performance.

## Références bibliographiques

1. Acharya A, Vellakkal S, Taylor F, et al. (2013), The impact of health insurance schemes for the informal sector in low- and middle-income countries: a systematic review, World Bank, Washington DC.
2. AFD (2013), Quelles politiques pour le secteur informel ? Conference iD4D, Avril, Paris.
3. Ahoure A.A.E. (2016) Rapport sur le secteur informel en Côte d'Ivoire, Banque Mondiale, Washington DC.
4. Amporfu E. (2013), Equity of the premium of the Ghanaian national health insurance scheme and the implications for achieving universal coverage, *Int J Equity Health*. 2013; 12: 4.
5. Annear P. et al. (2015), The Challenge of Extending Universal Coverage to Non-poor Informal Workers in Low and Middle-income Countries in Asia, Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies, Policy Brief and Working Paper, Manila.
6. Annear P., Ahmed S., Ros C.E., Ir P. (2013), Strengthening institutional and organizational capacity for social health protection of non-poor informal workers in lesser-developed countries: a study of policy barriers and opportunities in Cambodia, *Soc Sci Med*.96:223–31.
7. Arhin-Tenkorang D. (2001), Health insurance for the informal sector in Africa: design features, risk protection, and resource mobilization, Health nutrition and population discussion paper, World Bank, Washington DC.
8. Aterido R, Hallward-Driemeier M, Pages C. (2011), Does expanding health insurance beyond formal-sector workers encourage informality? Measuring the impact of Mexico's seguro popular, Institute for the Study of Labor (IZA), Discussion Paper Series no 5996, Institute for the Study of Labor, Bonn, September.
9. Audibert M. & Mathonnat J. (2000), Cost recovery in Mauritania: Initial lessons, *Health Policy and Planning* 15 (1): 66–75.
10. Banque Africaine de Développement (2013), Quelles réformes du climat des affaires pour une transformation structurelle du secteur informel ? Ouagadougou.
11. Banque Mondiale : Base de Données sur le site web [www.banquemondiale.org/](http://www.banquemondiale.org/)
12. Benjamin N. et Mbaye A.A. (2013), Les entreprises informelles de l'Afrique de l'ouest francophone : Taille, productivité et institutions, Agence Française de Développement, Paris.
13. Bennett S., Creese A., and Monasch R. (1998), Health Insurance Schemes for People Outside Formal Sector Employment, World Health Organization, Division of Analysis, Research and Assessment, Geneva.
14. Bill and Malinda Gates Foundation. (2015), Flagship report paper series: Paper 4: How to use revenues from extractive industries to improve health and education in Africa.
15. BIT (1972), Employment, incomes and equality: A strategy for increasing productive employment in Kenya, Genève.
16. BIT (2000), Emploi et protection sociale dans le secteur informel, Conseil d'Administration, Genève.
17. BIT (2011), Statistical Update on Employment in the Informal Economy, Département des Statistiques, Genève.
18. BIT (2013), Economie informelle et travail décent : guide de ressources sur les politiques, soutenir les transitions vers la formalité, Département des politiques de l'emploi, Genève.
19. BIT (2014), La transition de l'économie informelle vers l'économie formelle, Conférence internationale du Travail, 103ème session, Genève.

20. Bitran R. (2014), *Universal Health Coverage and the challenge of informal employment: Lessons from Developing Countries*, Banque Mondiale, Washington DC.
21. Camacho A., Conover E., and Hoyos A. (2009), *Effects of Colombia's Social Protection System on Workers' Choice between Formal and Informal Employment*, In *Documentos CEDE*. Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Economía.
22. Carrin G., James C., Evans D. (2006), *Atteindre la couverture universelle : Le développement du système de financement*, In *L'assurance maladie en Afrique*, Banque Mondiale, Washington DC.
23. Castel P. (2012), *Protection sociale et économie informelle au Vietnam : La couverture universelle est-elle possible ?* AFD, Paris.
24. Charmes J. (2005), *Les origines du concept de secteur informel et la récente définition de l'emploi informel*, Institut de Recherche pour le Développement IRD, Paris.
25. Charmes J. (2012), *The Informal Economy Worldwide: Trends and Characteristics*, *Margin JAER*, May.
26. Charmes J. (2014), *Les origines du concept de secteur informel et la récente définition de l'emploi informel*, IRD, Paris.
27. Cotlear D., Nagpal S., Smith OK., Tandon A., Cortez RA. (2015), *Going universal: how 24 developing countries are implementing universal health coverage reforms from the bottom up*: World Bank, Washington, DC.
28. Cotlear D. and Rosemberg N. (2017), *Going universal in Africa: how 46 African countries reformed user fees and implemented health care priorities*, World Bank, Washington DC.
29. Criel B., Blaise P. et Ferette D. (2006), *Mutuelles de santé en Afrique et qualité des soins dans les services : une interaction dynamique*, In : *L'assurance maladie en Afrique francophone*, Banque Mondiale, Washington DC.
30. Dartanto T. et al. (2016), *Participation of Informal Sector Workers in Indonesia's National Health Insurance System*, *Journal of Southeast Asian Economies (JSEAE)*, Vol. 33, No 3.
31. De Soto H. (1994), *L'autre sentier. La révolution de l'informel dans le Tiers Monde*, La découverte, Paris.
32. Deininger K., & Mpuga P. (2004), *Economic and welfare effects of the abolition of health user fees: Evidence from Uganda*, World Bank, Washington, DC.
33. Dieng M. (2016) *Situation actuelle et projetée de la couverture sanitaire universelle au Sénégal*, Banque Mondiale, Washington DC.
34. Direction de la Prévision et de la Statistique (2003), *Le secteur informel dans l'agglomération de Dakar : performances, insertion et perspectives*, Résultats de la phase 2 de l'enquête 1-2-3 de 2003, Ministère de l'Economie et des Finances, Dakar.
35. Direction de la Prévision et de la Statistique (2004), *Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages (ESAM II)*, MEF, Dakar.
36. Druetz T. et al. (2015), *Abolishing Fees at Health Centers in the Context of Community Case Management of Malaria: What Effects on Treatment-Seeking Practices for Febrile Children in Rural Burkina Faso*, *PLoS ONE* 10 (10): e0141306.
37. Faure Y.A. et Labazee P. (2000), *Petits patrons africains, entre l'assistance et le marché*, Karthala, Paris.
38. Fields G. (1975), *Rural-Urban Migration, Urban Unemployment and Underemployment and Job Search Activity in Less Developed Countries*, *Journal of Development Economics*, June.
39. Fournier P. et Tourigny C. (2006), *Offre de soins et assurance : les enjeux en Afrique francophone*, In : *L'Assurance maladie en Afrique francophone*, Banque Mondiale, Washington DC.

40. GIZ (2013), Expansion of Social Health Protection for Informal Workers in Indonesia - Main Challenges and Recommendations, Geneva.
41. Hart K. (1972), Informal Income Opportunities and Urban Employment in Ghana, *Journal of Modern African Studies*, vol. II.
42. Health Insurance System Research Office - Thailand (2012), Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges, An independent assessment of the first 10 years (2001-2010). Synthesis Report. Nonthaburi.
43. Hyoung-Sun J. (2010), Expanding Insurance Coverage to Informal Sector Populations: Experience from Republic of Korea, In *World Health Report. Background Paper 38*. 2010. Geneva.
44. Institut National de la Statistique-INS (2005), Le secteur informel dans l'agglomération d'Abidjan : Performances, insertion, perspective », Enquête 1-2-3 du volet "Secteur informel et emploi en milieu urbain" du Programme régional d'appui à la statistique (PARSTAT), Abidjan.
45. Institut National de la Statistique-INS (2008), Etude sur le secteur informel à Abidjan : Caractéristiques des Unités de Productions Informelles à Abidjan, Enquête 1-2-3, phase 2, Abidjan.
46. JLN/R4D (2015), Chine : Extension de la couverture Maladie au secteur informel, Avril, Washington DC.
47. JLN/R4D (2015), Vietnam : Extension de la couverture Maladie au secteur informel, Avril, Washington DC.
48. Koffi J. (2016) Situation actuelle et projetée de la couverture sanitaire universelle en Côte d'Ivoire, Banque Mondiale, Washington DC.
49. Kurimoto N. & Annear P. (2013), Health Insurance for the poor and non-poor informal workers: Lessons from countries in Africa and Asia, *The Geneva Association - Newsletter: Health and Ageing*, No.29.
50. Leone T. et al. (2016), Financial accessibility and user fee reforms for maternal healthcare in five sub-Saharan countries: a quasi-experimental analysis, *Health policy Research*.
51. Lewis A. W. (1954), *Economic Development with Unlimited Supply of Labour*, The Manchester School of Economic and Social Studies, vol. 22 n°2.
52. Loayza, Norman V. (2016), Informality in the process of development and growth, *Policy Research working paper no. WPS 7858*. World Bank Group, Washington D.C.
53. Marone M. (2016) Rapport sur le secteur informel au Sénégal, Banque Mondiale, Washington DC.
54. McIntyre D. (2012), What healthcare financing changes are needed to reach universal coverage in South Africa?, *The South Africa Medical Journal*, Vol. 102, No 6.
55. McKee M. et al. (2013), Universal health coverage: a quest for all countries but under threat in some Value Health, 16 (1).
56. McKinnon B., Harper S., and Kaufman J.S. (2015), Who benefits from removing user fees for facility-based delivery services? Evidence on socioeconomic differences from Ghana, Senegal and Sierra Leone, *Social Science & Medicine* 1982: 135: 117–123.
57. Mills A. (2007), Strategies to achieve universal coverage: are there lessons from middle income countries?, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London.
58. Ministère de l'industrie, du commerce et de l'artisanat (2013), Elaboration d'une stratégie de formalisation des entreprises du secteur informel et de son plan d'actions opérationnel, MCIA, Ouagadougou.
59. Ministère de l'industrie, du commerce et de l'artisanat (2015), Le poids du secteur informel : quelles stratégies d'intégration dans l'économie formelle ? Rapport sur le thème de la 13<sup>ème</sup> édition de la Rencontre Gouvernement/Secteur Privé, MCIA, Ouagadougou.

60. Ministère des mines, de l'industrie, de l'Agriculture, de l'agro-Industrie (2010), Lettre de politique sectorielle des PME, Direction des petites et moyennes entreprises, octobre, Dakar.
61. Nguyen K.H. & Sommers B.A. (2016), Access and Quality of Care by Insurance Type for Low-Income Adults Before the Affordable Care Act, *J Public Health*. Aug;106(8):1409-15.
62. OCDE (2006), Vers une croissance pro-pauvres : le développement du secteur privé, Paris.
63. OCDE (2008), Economie Informelle, In Rapport Afrique de l'Ouest 2007-2008, Décembre, Paris.
64. Okungu V, Chuma J, Mulupi S, McIntyre D. (2018), Extending coverage to informal sector populations in Kenya: design preferences and implications for financing policy, *BMC Health Services Research.*, 18:13. doi:10.1186/s12913-017-2805-z.
65. OMS (2010), Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle, Genève.
66. OMS : Base de Données sur le site web [www.who.int/fr](http://www.who.int/fr)
67. OMS/AFRO (1978), Rapport sur les soins de santé primaires dans la région africaine (No. ICPHC/ALA/78.4), Alma Ata.
68. Ouedraogo G.J. (2016) Rapport sur le secteur informel au Burkina Faso, Banque Mondiale, Washington DC.
69. PNUD : Base de Données sur le site web [www.undp.org/content/undp/fr/home.html](http://www.undp.org/content/undp/fr/home.html)
70. Ridde V et Girard J-E. (2004), Douze ans après l'initiative de Bamako: constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains, *Santé Publique*, n°41: 37-51.
71. Ridde V. (2004), L'Initiative de Bamako 15 ans après, Banque Mondiale, Washington DC.
72. Ridde V. et al. (2012), L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest : Au-delà des idéologies et des idées reçues, Presses Universitaires de Montréal.
73. Ridde V. et De Sardan J-P. O. (2012), L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger : Les contradictions des politiques publiques, *Afrique Contemporaine*.
74. Todaro M. (1969), A Model of Labour Migration In Less Developed Countries, *American Economic Review* 59 (1), pp.138-148.
75. Traore A. (2016) Situation actuelle et projetée de la couverture sanitaire universelle au Burkina Faso, Banque Mondiale, Washington DC.
76. UEMOA (2003), Le secteur informel dans les principales agglomérations de sept membres de l'UEMOA : performances, insertion, perspectives, Commission de l'UEMOA, Ouagadougou.
77. UNFPA : Base de Données sur le site web <https://www.unfpa.org/fr>
78. Vilcu I, Probst L., Dorjsuren B., Mathauer I. (2016), Subsidized health insurance coverage of people in the informal sector and vulnerable population groups: trends in institutional design in Asia, *Int J Equity Health*. Oct 4;15(1):165.
79. Wagstaff A. and Manachotphong W. (2012), Universal Health Care and Informal Labor Markets. The Case of Thailand. Policy Research Working Paper 6116. World Bank, Washington, DC.

## Annexes

### Annexe 1 : Résumés des rapports pays sur la CSU

#### 1. Situation actuelle et projetée de la Couverture Sanitaire Universelle au Burkina Faso

Au Burkina Faso le marché du travail est dominé par le secteur informel (13 millions d'emplois environ). Ceci a un impact important sur les politiques de protection sociale, et particulièrement sur celles qui portent sur la couverture sanitaire universelle.

##### Situation de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) au Burkina Faso

Le financement du système de santé au Burkina Faso est **largement dépendant du secteur privé/ménages (42.2%)**. L'Etat constitue la deuxième source de financement avec 31.9%. Les fonds étrangers occupent la troisième place avec 23.2%. Bien qu'il existe divers systèmes de couverture contre le risque maladie, comme les institutions de sécurité sociale (CARFO et CNSS), celles-ci interviennent principalement dans la gestion du risque maladie. Ainsi, elles ne financent que la prise en charge des accidents du travail et les maladies professionnelles des travailleurs. A ce titre, et malgré les efforts du gouvernement, des insuffisances subsistent dans le système de protection sociale avec **seulement 7% de la population couverte contre le risque maladie via des dispositifs assurantiels**.

Le gouvernement du Faso a adopté **une loi sur l'assurance maladie le 5 Septembre 2014**. Avec cette loi, le Burkina a mis en place un régime unique d'une Assurance Maladie Universelle (AMU) où chacun contribue selon ses moyens. Toutefois, sa mise en application traîne, en attente notamment la fixation du montant de la cotisation individuelle et le niveau de copaiement. L'adoption de cette loi a été suivie par plusieurs propositions faite par le gouvernement, dont : (i) la fixation des cotisations du secteur informel à 3000 francs FCFA par personne et par an (soit 250 CFA/pers/mois) ; (ii) l'extension progressive de la couverture maladie universelle à tous les ménages burkinabés. L'AMU a pour objectif de couvrir d'ici 2020 10% des personnes indigentes, 100% des enfants de moins de cinq ans, 100% du secteur formel et 30% du secteur informel non pauvre.

L'ensemble des dispositifs de protection sociale et de santé sont caractérisés par une fragmentation des cibles et des stratégies. Ainsi, il existe plusieurs formes de couverture au Burkina Faso à ce jour :

- **Mécanismes mutualistes** : Les personnes couvertes par les mutuelles sociales pour les prestations de soins sont estimées à 253 000 personnes soit 1.3% de la population.
- **Mécanismes classiques de gratuité** : Le gouvernement prend en charge les personnes vulnérables à travers la généralisation de la gratuité nationale aux enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. On estime que ce mécanisme a permis de couvrir 19.4% de la population en 2016.
- **Mécanismes de ciblage des indigents** : ce mécanisme est lié à un appui de la Banque mondiale (Financement Basé sur les Résultats et projet filets sociaux) et de la commission de l'Union Européenne (test pilote gratuité Tougan et Seguenga pour étudier les fonctions de contrôle et de paiement). Ces expériences de prise en charge des indigents et des ménages vulnérables couvrent une population estimée à 2.3% de la population en 2016.

Si l'instauration de la gratuité a ouvert de nouvelles perspectives pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, il n'en demeure pas moins que **près de 73% de la population n'est pas protégée contre le risque maladie**. Il existe un système de gouvernance nationale, mais aucun système de gestion ni de financement ne l'accompagne. Par ailleurs les mesures de gratuité et la plupart des systèmes d'assurance santé ne couvrent pas les maladies chroniques, surtout celles non transmissibles (diabète, HTA, etc.). Malgré l'adoption de la loi sur l'AMU les prémices d'un démarrage prochain ne sont pas perceptibles. Dans ce contexte, les mutuelles de santé, en raison de leurs spécificités, apparaissent comme une alternative qu'il faudra mieux organiser et renforcer afin d'assurer à terme une extension de l'AMU. S'ajoute à cela la question de la qualité des services, les études de faisabilité de l'AMU indiquent que 23% des personnes fréquentant les formations sanitaires déclarent être insatisfaites de la qualité des services de santé.

## Pistes de prise en charge des travailleurs du secteur informel : quelle suite ?

Les travailleurs du secteur informel et du monde rural demeurent, en général, non couverts par un mécanisme de protection financière contre la maladie. L'analyse de l'évolution possible de la couverture sanitaire universelle durant les prochaines années a permis de conclure à la nécessité pour le Secrétariat technique de l'AMU de démarrer avec 24% de la population constituée en particulier des personnes vulnérables, des indigents et des personnes couvertes par une mutuelle de santé. Par la suite **pour accélérer la couverture du secteur informel la retenue à la source est préconisée**. Le projet de panier et de cotisation de 3000 FCFA par an et par personnes peut être maintenu, en faisant en sorte que les plus pauvres soient exemptés. La plus grande partie du secteur informel sera couverte par la suite par la mise en place de mutuelles professionnelles.

Quelques recommandations générales supplémentaires formulées par l'étude s'ajoutent à cela :

- Au niveau du Ministère de la fonction publique et de la protection sociale, les actions devraient tendre vers le passage à l'échelle de la couverture du pays par les mutuelles sociales, en particulier la couverture du secteur informel par des mutuelles professionnelles. Les mutuelles du secteur informel devront être rattachées aux unions régionales de mutuelles mises en place dans chaque région.
- Au niveau du Secrétariat technique de l'Assurance Maladie Universelle : il s'agira d'explorer la coopération avec la direction générale des impôts pour une réforme de la contribution du secteur informel, pour y intégrer une retenue à la source pour les salariés du secteur informel. Enfin la réalisation d'une étude nationale sur le salariat dans le secteur informel est recommandée pour affiner les analyses sur la couverture sanitaire du secteur informel.
- Au niveau du Secrétariat Permanent du Conseil National de la Protection Sociale il s'agira (i) d'encourager la classification socioprofessionnelle des personnes vulnérables sélectionnées en acteurs du secteur informel et rural ; (ii) d'encourager l'inscription des personnes vulnérables sélectionnées dans le registre à l'AMU ou dans les mutuelles de santé.
- Au niveau du Ministère de la santé : pour enclencher le progrès vers la couverture sanitaire universelle l'étude recommande (i) d'analyser la stratégie d'intégration de la gratuité des soins à l'AMU ; (ii) le passage à l'échelle du FBR à l'échelle du pays avec l'hypothèse de l'arrimer à l'AMU afin d'assurer la qualité des soins ; (iii) l'intégration du secteur privé de la santé à la mise en œuvre de la gratuité et à l'implémentation de toutes les autres mesures de protection sociale santé. En clair pour accélérer les progrès vers la CSU, l'AMU pourrait commencer par une intégration des programmes verticaux et des autres mécanismes de couverture maladies déjà existant afin de réduire la fragmentation.

## 2. Situation actuelle et projetée de la Couverture Sanitaire Universelle en Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire le marché du travail est dominé par le secteur informel (75% des emplois). Ceci a un impact important sur les politiques de protection sociale, et particulièrement sur celles qui portent sur la couverture sanitaire universelle. La Banque Mondiale a réalisé une étude pilote pour identifier les pistes qui pourraient permettre de mieux intégrer les travailleurs du secteur informel dans la politique de CSU.

### Situation de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) en Côte d'Ivoire

Le budget de la santé en Côte d'Ivoire représente environ 5% du PIB et 6% du budget général de l'Etat. Le système de santé est donc sous-financé. Ceci a des conséquences assez néfastes sur le système de soins, qui est souvent caractérisé par sa nature inefficace et sa mauvaise qualité. Nous notons que le système de santé ivoirien se confronte également à une utilisation non-rationnelle des ressources financières et surtout à des crises politico militaires successives qui ont fortement contribué à la dégradation du système de soins.

Il est caractérisé par une fragmentation entre différents régimes de protection contre le risque maladie :

- **Les programmes publics de santé** et un programme dédié aux victimes des accidents de la route. Ces programmes couvrent soit le couple mère-enfant, soit différentes catégories de la population toute entière. L'une des faiblesses des programmes publics réside dans leur financement. Ces programmes sont financés à hauteur de 96% par les PTF, ce qui constitue un risque dans l'autonomie et la pérennité des



sources de financement. Par ailleurs, comme la gratuité ciblée, ces programmes offrent un paquet de soins très restrictifs, soit liés à une pathologie spécifique, soit pour une catégorie de population. On note également des frais annexes, parfois onéreux pour les populations démunies.

- **Les régimes d'assurance maladie privés** offrent une large gamme de soins de santé au profit de leurs bénéficiaires et pour toutes les pathologies. Toutefois, ils ne couvrent que **3% de la population** et la prise en charge de certaines pathologies est soumise à entente préalable (les maladies chroniques comme le diabète et les maladies cardiovasculaires). Selon les données de l'Agence de Régulation de la Mutualité Sociale (AIRMS), 48 mutuelles sont fonctionnelles et déclarées aux registres. Ces mutuelles sont exclusivement du secteur formel. Il n'existe aucune mutuelle du secteur informel, agricole et en zone rurale.
- **Les mutuelles de santé communautaire** qui couvrent **moins de 5%** de la population.
- **Un système de prépaiement** qui a été instauré au niveau des établissements de santé communautaires qui n'a pas atteint les objectifs escomptés et couvre **moins de 1% de la population**. Ces établissements consentent un abattement de **50%** sur les tarifs des prestations au profit des bénéficiaires.
- Enfin on relève au niveau de la médecine du travail, un ensemble de soins de santé d'urgence, de soins infirmiers et de soins préventifs dispensés par les centres de santé des entreprises au profit des travailleurs et leur famille, ce qui représente environ **12% de la population** ivoirienne. Les coûts des soins ici sont exclusivement à la charge de l'employeur. Il y a également, la prise en charge totale des soins de santé en cas d'accidents de travail et maladie professionnelles des travailleurs assurés par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) qui représente 3%.

Comme on peut le constater, il n'existe pas un régime unique de protection contre le risque maladie. C'est cette insuffisance que l'Etat de Côte d'Ivoire entend pallier par la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU). **Le gouvernement a adopté la loi du 24 mars 2014 instituant la CMU obligatoire au bénéfice de l'ensemble des populations résidant sur le territoire ivoirien.** La stratégie mise en place en vue d'assurer la disponibilité de l'offre de soins de santé dans le cadre de la CSU se décline en cinq points : (i) réviser la carte sanitaire en vue d'améliorer la couverture sanitaire et garantir l'équité dans l'accès aux services de santé aussi bien en zone rurale qu'en zone urbaine ; (ii) améliorer la disponibilité sur l'ensemble du territoire des ressources humaines de santé (RHS) de qualité et motivées ; (iii) définir les postes en ressources humaines en adéquation avec les plateaux techniques des structures de soins ; (iv) rendre disponibles et accessibles les médicaments essentiels et autres intrants stratégiques ; (v) améliorer la qualité des prestations à travers l'élaboration de guide harmonisé de bonnes pratiques et d'un cahier de charge pour l'accréditation des structures sanitaires publiques et privées.

**La loi sur la CMU s'impose à toutes les personnes qui résident sur le territoire ivoirien** et indique que chacun d'entre eux disposera d'un numéro d'immatriculation, qui constituera l'identifiant unique du système de sécurité sociale de la Côte d'Ivoire et remplacera tous les autres numéros existants. La CMU comprend deux régimes dont un Régime Général de Base (RDB) contributif alimenté par les cotisations des ménages et des employeurs et un Régime d'Assistance Médicale (RAM) destiné aux personnes identifiées comme indigentes. Toutefois, l'architecture de la CMU n'est pas exempte de faiblesses. En effet, la loi prévoit une cotisation fixe de 1000 CFA, par habitant et par mois, ce qui pose un crucial **problème d'équité**. En outre, la CMU s'adresse à toute personne résidant sur le territoire ivoirien. Or, l'importance du phénomène migratoire en Côte d'Ivoire pourrait être source de déséquilibre financier. Enfin, la prise en compte des travailleurs du secteur informel, agricole et rural reste à mettre en œuvre dans la pratique.

### Pistes de prise en charge des travailleurs du secteur informel : quelle suite ?

Au niveau de la gestion des soins de santé et de la mise en œuvre de la CMU, la Côte d'Ivoire doit encore déterminer quel Organisme de Gestion Délégué (OGD) s'occuperait de la gestion des soins de santé du secteur informel, rural et agricole (catégorie des travailleurs saisonniers et itinérants). Ce point constitue un véritable défi qu'il faudra surmonter pour couvrir l'ensemble des employés du secteur informel.

L'étude formule quelques recommandations pour tendre vers la CSU :

- **L'amélioration de l'attractivité du panier de soins de la CMU** en couvrant les principaux besoins et problèmes de santé des populations. Ceci aurait pour avantage de permettre à l'ensemble de la population d'avoir accès aux soins de santé essentiels. Les assurances privées et les mutuelles de santé pourront développer une offre qui sera complémentaire et qui ne devra pas être plus généreuse que le RDB.
- **Les programmes publics de soins curatifs de santé et de la gratuité ciblée** devront tous intégrer le panier de soins de la CMU. Ainsi, les programmes de prévention, de promotion de la santé et de réhabilitation demeureront dans le plan d'action du Ministère en charge de la Santé.
- **L'élaboration d'une stratégie qui permettra d'intégrer les travailleurs du secteur informel à la CMU.** Cette stratégie se doit d'estimer les revenus et le point d'ancrage pour opérer un prélèvement des cotisations de manière efficace, pérenne et efficiente. Autrement dit, il faut indexer les cotisations sur un instrument nécessaire et inévitable dans l'exercice de leurs activités. Les populations non résidentes pourraient se voir imposer une assurance privée lors de leur séjour en Côte d'Ivoire.
- **Revenir vers une contribution progressive ou proportionnelle du revenu de la CMU pour assurer l'équité dans la contribution.** Il faudra également identifier un seuil de revenu en dessous duquel les ménages seront exemptés de cotisations.

### 3. Situation actuelle et projetée de la Couverture Sanitaire Universelle au Sénégal

Au Sénégal le marché du travail est dominé par le secteur informel (48,8% des emplois). Ceci a un impact important sur les politiques de protection sociale, et particulièrement sur celles qui portent sur la couverture sanitaire universelle. Dans ce cadre, la Banque Mondiale a réalisé une étude pilote pour identifier les pistes qui pourraient permettre de mieux intégrer les travailleurs du secteur informel dans la politique de CSU.

#### Situation de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) au Sénégal

Dans le secteur de la santé, le budget du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) a constamment augmenté depuis 2000, mais la part allouée au MSAS est restée presque constante (environ 10% selon le gouvernement depuis 2000). Les ressources du gouvernement représentent la principale source de financement du système de santé (plus de 50% du financement total de la santé au Sénégal).

Pour l'amélioration de l'état de santé et la protection financière de la population, le gouvernement du Sénégal a élaboré **un plan stratégique de développement de la couverture maladie universelle (PSD-CMU) 2013-2017**, suivi en 2017 par **une Stratégie nationale de Financement de la Santé (SNFS) pour tendre vers la CSU**. La vision du SNFS est de permettre un accès **à toute la population à des services de santé de qualité** sur la base d'un financement durable respectant les principes d'équité et de solidarité.

Le système Sénégalais de protection contre **le risque financier lié à la maladie s'appuie sur trois piliers** :

- **Le régime d'assistance médicale** qui correspond aux initiatives de gratuité mises en œuvre par le MSAS et à tous les mécanismes d'exemption en faveur des indigents (accouchements et césariennes, soins en faveur des enfants de 0-5 ans, personnes âgées, dialyse, soins pour le paludisme et sa prévention, et l'accès gratuit aux antirétroviraux (ARV) et aux médicaments antituberculeux). La population couverte par ce régime d'assistance sociale est estimée entre 3 et 8% en 2014.

- **Le régime d'assurance maladie** qui prend en charge les travailleurs et retraités du secteur formel. Or, au Sénégal, la majorité de la population active est employée dans le secteur informel. La couverture suivant le régime d'assurance maladie a été estimée en 2007 à moins de 15% de population couverte.
- **Le régime contributif volontaire** avec essentiellement les mutuelles de santé. Les assurances privées représentant moins de 1% de population couverte. L'analyse de la situation du régime mutualiste montre qu'il y a un environnement politique très favorable au développement des mutuelles, notamment pour toucher le secteur rural et informel. Dans le fonctionnement des mutuelles de santé, les faiblesses notées sont liées entre autres aux paquets de prestations trop limitées, à la gouvernance, au faible taux de pénétration et à l'insuffisance de l'appui de l'Etat et des collectivités locales. Globalement, les mutuelles de santé souffrent d'un déficit de personnel qualifié et leurs outils de gestion ne sont pas harmonisés ; elles ont une capacité assez faible à fournir avec régularité des informations fiables puisqu'elles ne disposent pas pour la plupart d'un système de gestion informatisé et de suivi-évaluation opérationnels.

En 2014, la cellule d'appui à la CMU avait estimé que **32% des sénégalais disposaient d'une couverture du risque maladie** (11% pour les travailleurs du secteur formel et leurs ayants-droit, 13% pour les enfants de moins de 5 ans, 6% pour les personnes âgées de 60 ans et plus et 2% pour les bénéficiaires des mutuelles de santé communautaires). La disponibilité des services et une offre de soins de qualité restent un préalable pour répondre à une demande conséquente en soins et une nécessité pour l'adhésion des communautés à une CSU. Or, la rupture de stocks pour les médicaments essentiels représente une des principales contraintes pour l'offre de services de santé de qualité. En outre, le Sénégal souffre depuis plusieurs années d'une pénurie aigue de personnels de santé. La répartition géographique inéquitable du personnel et leur faible motivation du personnel sont les principales contraintes pour l'atteinte des objectifs de la CSU.

La stratégie d'extension de l'assurance maladie au Sénégal se caractérise par son approche mixte qui reflète la nécessité d'adaptation aux particularités nationales. Tout en cherchant à développer l'assurance maladie légale pour les salariés du secteur formel, les autorités publiques de ce pays souhaitent étendre l'assurance au secteur informel en s'appuyant principalement sur les mutuelles professionnelles et communautaires. Ainsi, le quatrième axe du PSD-CMU 2013- 2017, visait **le développement de la couverture maladie universelle (CMU) de base pour les populations du secteur informel et du monde rural à travers les mutuelles de santé**. Cet axe a été opérationnalisé à travers l'approche du projet Décentralisation et extension de la couverture de l'assurance maladie (DECAM), qui s'inscrit dans un dynamisme d'amélioration de l'attractivité des paquets des bénéficiaires des mutuelles de santé et de l'accessibilité financière des frais d'adhésions aux mutuelles avec la mise en place d'une subvention pour les adhérents. Dans la logique de cette réforme, il s'agirait alors de conserver la diversité du système d'assurance maladie sénégalais tout en renforçant son système légal (pour le secteur formel) et en développant son volet décentralisé et mutualiste (pour les zones rurales et le secteur informel).

### **Pistes de prise en charge des travailleurs du secteur informel : quelle suite ?**

Les travailleurs du secteur informel et du monde rural demeurent en général, non couverts par aucun mécanisme de protection financière contre la maladie même si des avancés peuvent être notées avec la mise en œuvre du DECAM et l'effectivité des subventions de l'Etat. L'intégration des travailleurs du secteur informel et du monde rural reste un défi important pour s'acheminer vers les objectifs de la CSU. Les recommandations de l'étude sont les suivantes:

- L'ACMU devrait signer des conventions avec les autres acteurs du secteur (DGAS, DGPSN, etc.) afin de mieux définir les rôles et les responsabilités de chacun. Ceci permettrait au MSAS de rendre fonctionnel les instances de partage avec l'ensemble des partenaires impliqués dans la CSU.
- La réalisation d'un état des lieux exhaustif de la couverture réelle de la CMU. Cette évaluation devrait permettre d'identifier avec plus de précision les segments du secteur informel à prioriser dans l'extension de la couverture.
- La stratégie du pays est basée essentiellement sur une adhésion volontaire aux mutuelles mais il serait important de à des mécanismes d'incitation pour l'adhésion des populations du secteur informel et du monde rural qui seraient liées à leur activité.
- La stratégie de développement de la CMU est essentiellement basée sur l'approche DECAM qui fait face à deux principaux défis : les difficultés contractuelles entre les mutuelles et les prestataires de soins et le faible taux de rétention des adhérents des mutuelles avec souvent des taux d'abandons assez élevés.

L'amélioration du cadre contractuel entre les prestataires et les mutuelles et de la qualité des services de santé devraient être une priorité pour l'ACMU

- La prise en compte dans les initiatives de la transition épidémiologique et l'évolution de la population, afin d'aborder dès maintenant la question de la soutenabilité du financement des subventions pour l'adhésion de la population aux mutuelles de santé.
- Résoudre les problèmes liés la surfacturation des services couverts par les IPM et les mutuelles. En outre, les médicaments qui présentent plus de trois quarts des dépenses de prestations de soins représentent le plus gros poste de fraude. Pour faire face à cette situation, il faut que le MSAS joue pleinement son rôle de régulation et qu'il se dote d'instruments efficaces pour faire respecter les tarifications.

## Annexe 2 : Résumés des rapports pays sur le Secteur Informel

### 1. Le Secteur Informel au Burkina Faso

Le secteur informel représente une part importante de l'économie du Burkina Faso (environ 50% du PIB) et des emplois du pays (approximativement 13 millions d'emplois). Le secteur informel est essentiel pour le formel : il produit pour lui, a des relations commerciales avec lui, distribue ses produits et lui fournit des services. Pour autant, l'informel se développe à la marge de l'Etat, et donc par nature dans un environnement précaire pour ses employés, ce qui constitue un important défi en matière de protection sociale, de couverture maladie universelle et d'assurance.

#### Aperçu chiffré du secteur informel au Burkina Faso :

- On estime le **chiffre d'affaire du secteur informel en 2015 à environ 1 124,7 milliards de CFA**, pour un excédent brut d'exploitation d'environ 983 milliards de CFA. **La valeur ajoutée générée par le secteur informel représente, sur la période 2010-2016, en moyenne 46,73% du PIB**, pour des valeurs comprises entre 52,62% (2010) et 43,97% (2016) du PIB.
- La répartition des entreprises informelles par secteurs d'activités montre que les promoteurs du secteur appartiennent **principalement au secteur commercial (51,1%), suivi du secteur de transformation et confection (34,2%), puis des prestataires de services (14,7%)**.
- Les investissements de ce secteur proviennent **quasi totalement de l'autofinancement, l'épargne individuelle (96,2%) constituant la majeure partie des sources de financement de l'informel**, suivi de très loin par les financements familiaux (3,8%). **Le secteur bancaire est quasi inexistant**, fournissant qu'une part minime de prêts au secteur (1,6%).
- Le secteur informel s'exerce par nature dans **un environnement précaire** : moins de **26% des Unités de Production Informelle (UPI)** ne disposent pas d'un local spécifique d'activité, environ **94% sont privées d'eau, 87% d'électricité et 96,2% de téléphone**.
- Environ **75,4% des UPI sont totalement inconnues des services publics** et non aucun lien administratif ou financier avec l'Etat Burkinabè. Ce secteur est donc en marge des régulations publiques. Pour autant, **les UPI ont accès à différentes formes d'affiliation** auprès de l'Etat : numéro IFU, numéro statistique, carte économique, registre du commerce, registre à la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) ou/et patente. Il convient de noter que c'est la patente qui reste le modèle d'affiliation le plus populaire, puisque 24% des UPI y sont inscrites. Pour les quatre autres registres, la proportion d'unités affiliées est inférieure à 4%, avec même seulement 0,2% pour la CNSS.
- La part de contribution du secteur informel aux impôts n'atteint que 1,8% de la valeur ajoutée totale générée par le secteur. **La taxe « Contribution du Secteur Informel » (CSI) ne représente que moins de 1% aux recettes fiscales** de l'Etat.

#### Les caractéristiques de l'emploi dans le secteur informel au Burkina Faso :

En 2016, on estime que le secteur informel a fourni pas moins de **13 millions d'emplois** à l'économie du Faso. Le **profil des employés** de ce secteur montre qu'ils sont **majoritairement jeunes et peu éduqués**. En effet, 42% des employés de l'informel ont moins de 26 ans, et en moyenne, leur niveau de scolarité est de 2,6 ans. Environ 47,3% des emplois du secteur informel sont occupés par des femmes.

Le secteur informel est principalement constitué par **des personnes en auto-emploi** : environ 72,1% des UPI sont réduites à une seule personne et seulement 5,3% de ces structures emploient plus de trois personnes. Ces actifs travaillent en moyenne **56 heures par semaine**, soit 8 heures par jour et 7 jours sur 7. En 2001, la **rémunération mensuelle moyenne de ces travailleurs indépendants étaient de 46 000 FCFA** et le revenu médian de 14 000 CFA. Les femmes qui travaillent dans ce secteur pâtissent d'un déficit de revenu très marqué par rapport à leurs homologues masculins, les hommes percevant en moyenne deux fois plus que les femmes. Les femmes en effet souffrent d'un double handicap : d'une part, elles exercent plus souvent des emplois structurellement mal payés (emplois dépendants, commerces, activités précaires, etc.) et, d'autre part, même quand elles occupent des postes équivalents aux hommes, à qualification égale, elles sont victimes de discriminations de revenus.

Il convient de noter que 54,1% de la main-d'œuvre employée dans les UPI ne bénéficient d'aucun contrat avec son employeur. Les contrats sous forme orale concernent 41,2% des actifs du secteur. **L'absence de protection est une des principales caractéristiques du secteur informel :**

- **L'inscription à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale est quasi inexistante** chez les actifs du secteur informel (0,2% des UPI) ;
- **Seules 0,7% des UPI ont souscrit à une assurance** auprès d'une société privée pour la couverture des risques de métier ;
- **Seulement 1,5% des employés sont déclarés auprès de la CNSS.**

### **Le secteur informel et l'Etat Burkinabè**

Il existe pourtant des mécanismes de protection mises en place par l'Etat, mais auxquels le secteur informel échappe. En effet pour garantir la protection des travailleurs, la loi fait obligation à toute entreprise employant des salariés de déclarer ces derniers à la Caisse nationale de sécurité sociale afin qu'ils puissent bénéficier d'une assurance contre les risques liés au travail (la maladie – l'invalidité – la vieillesse – le chômage – les charges familiales, le décès), et d'avoir droit à la pension de retraite. L'immatriculation doit se faire dans les huit jours qui suivent, soit l'ouverture ou l'acquisition de l'entreprise, soit à la première embauche d'un salarié lorsque cette embauche n'est pas concomitante au début de l'activité. Les fonctionnaires, militaires et magistrats, sont quant à eux gérés par la Caisse autonome de retraite des fonctionnaires (CARFO). Malheureusement, ces deux régimes ne couvrent que la population active dans le secteur formel public et privé ; ils ne touchent pas le secteur informel.

Dans le souci d'accorder la protection sociale aux acteurs de ce secteur, il a été institué le régime de l'assurance volontaire. Ainsi, peut-être assuré volontaire à la Caisse nationale de sécurité sociale :

- Toute personne physique exerçant une activité professionnelle et qui n'est pas affiliée à la CNSS ou à la CARFO ;
- Toute personne ayant été affiliée obligatoire à la CNSS au moins six mois et ayant cessé de l'être ;
- Tout citoyen non couvert par le régime de sécurité sociale et pouvant justifier d'un revenu régulier, qu'il réside ou non sur le territoire national.

Malgré le caractère complexe des relations qui caractérisent l'Etat et le secteur informel, il faut noter que près de 53% des actifs du secteur informel sont favorables à la création d'un système de cotisation sociale et de protection avec un statut public (82% des UPI y sont favorables). Les employés du secteur informel sont prêts à cotiser en moyenne 1 166 FCFA par mois, un effort non-négligeable, vu leur salaire moyen. Le sacrifice qu'ils sont ainsi prêts à consentir est un indicateur de l'intensité du besoin. Les risques que les opérateurs informels aimeraient voir couvrir par un tel système sont par ordre de priorité : la vieillesse, l'accident de travail, l'invalidité, la maladie professionnelle, le décès, l'allocation familiale et la maternité.

## **2.Le Secteur Informel en Côte d'Ivoire**

Le secteur informel occupe une place importante dans l'économie en Côte d'Ivoire (30 à 40 % du PIB) et des emplois du pays (au minimum 75%). Ce secteur s'est imposé comme un axe incontournable pour le développement de l'économie nationale, en raison de la longue période d'instabilité qu'a connu le pays et la réduction subséquente de l'emploi dans le secteur formel. Pour autant, l'informel se développe à la marge de l'Etat, et donc par nature dans un environnement précaire pour ses employés, ce qui constitue un important défi en matière de protection sociale, de couverture maladie universelle et d'assurance.

### **Aperçu chiffré du secteur informel en Côte d'Ivoire :**

- Selon le FMI, en 2017, le secteur informel représente **entre 30% et 40% du PIB** de la Côte d'Ivoire. Plus généralement, les statistiques nationales estiment que **ce secteur représente au minimum 75 % des emplois** et environ 50 % de la richesse nationale.

- L'Agence d'Etude et de Promotion de l'Emploi (AGEPE) estime que près de 91% des emplois sont dans le secteur informel contre 5% dans le secteur privé formel et 4% dans le secteur public. Le secteur informel concentre toutefois plus d'emplois en milieu rural (52%) qu'en milieu urbain (18%).
- En Côte d'Ivoire, **le secteur primaire est essentiellement tiré par le secteur informel**, alors que les secteurs secondaire et tertiaire sont tirés par les activités formelles. Les employés de l'informel du secteur secondaire travaillent principalement dans le BTP (25,05%) et dans les industries agro-alimentaires (17,33%), tandis que dans le secteur tertiaire, ce sont les métiers de la réparation (51,63%), du transport (24,50%) et des hôtels et de la restauration (17,87%) qui sont le plus liés à l'informel. **L'agriculture demeure la plus importante branche au niveau du secteur informel avec 44% des emplois**, contre 26% pour le commerce, 23% pour les services et 7 % pour l'industrie.
- Le secteur informel en Côte d'Ivoire est caractérisé par **le phénomène des migrations**, puisque **32,2% des travailleurs du secteur informel sont des étrangers**. Dans la région d'Abidjan, 68,7% de la main-d'œuvre informelle n'est pas née dans l'agglomération d'Abidjan.

### **Les caractéristiques de l'emploi dans le secteur informel en Côte d'Ivoire :**

En moyenne, **les actifs du secteur informel travaillent 46 heures par semaine**. Environ 26,2% d'entre eux occupent un emploi à temps complet (entre 35 et 48 heures hebdomadaires). **Leur rémunération mensuelle moyenne est de 164 596 FCFA**. Toutefois, ce chiffre varie grandement selon le statut de l'employé, son niveau d'instruction, son sexe et son milieu de résidence. Le salaire mensuel moyen des hommes est estimé à 172 006 FCFA contre 144 877 FCFA chez les femmes, soit un écart de plus de 27 129 FCFA. L'écart entre les salariés du milieu urbain (183 561 FCFA) et ceux du milieu rural (118 773 FCFA) est quant à lui d'environ 64 788 FCFA. Ce salaire n'est que de 97 236 FCFA pour les personnes sans instruction, de 170 118 FCFA pour celles de niveau primaire, et de 293 437 FCFA pour les personnes de niveau secondaire. Il ressort que **près d'un tiers (42,06%) des salariés du secteur informel ont un salaire mensuel moyen en dessous du SMIG** qui correspond à 60 000 FCFA depuis 2014.

**L'absence de protection est la caractéristique principale des emplois proposés** à la main d'œuvre du secteur informel : 58,1% de la main d'œuvre employée dans les Unités de Production Informelle (UPI) ne bénéficient d'aucune forme de contrat, 35,1% ayant un contrat oral avec l'employeur. Plus de **neuf employés sur dix ne disposent pas de contrat écrit ou de contrat verbal**. Globalement les employés du secteur informel ont très peu d'avantages dans leurs activités. Seulement **3,96% des employés sont déclarés à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS)**. On estime que 6,21% d'entre eux ont des avantages en services médicaux, 8,57% ont des avantages en nature, et 4,41% bénéficient des congés payés.

### **Le secteur informel et l'Etat ivoirien**

Le gouvernement ivoirien, soucieux de résoudre le problème de chômage, a mis en place **plusieurs structures pour réduire l'emploi informel** :

- L'Agence d'Etude et de Promotion de l'Emploi (AGEPE) devenu Agence Emploi Jeune
- Le Centre de Promotion des Investissements en Côte d'Ivoire (CEPICI)
- La Chambre Nationale des Métiers de Côte d'Ivoire
- Le Ministère de l'entrepreneuriat, de l'artisanat et de la promotion des PME.

Malgré ces nombreuses institutions en vue de formaliser ce secteur, **les politiques peinent à atteindre leurs objectifs**. Dans le même ordre de formalisation, s'inspirant de l'expérience de certains pays qui ont pu **réduire le secteur informel par la politique de sécurité sociale**, le gouvernement ivoirien souhaite aujourd'hui mettre en place **une politique de sécurité sociale incitative** pour le secteur informel en vue de formaliser ce secteur. Le gouvernement ivoirien a ainsi mis en place **l'assurance maladie universelle (AMU)**, agence qui a pour vocation de permettre à la population en général et aux acteurs du secteur informel en particulier de se soigner convenablement. **La Caisse Nationale de Prévoyance Sociale** demeure l'institution de sécurité sociale par excellence du secteur privé ivoirien. Les services de la CNPS protègent les travailleurs salariés obligatoirement pour les risques : (i) maladie ;(ii) prestations familiales (dont la maternité) ; (iii) accidents du travail-maladies professionnelles ; (iv) pensions (vieillesse, invalidité et survivants). Toutefois, les résultats montrent que la volonté à s'enregistrer est déterminée par le niveau du chiffre d'affaires, le sexe du gérant de l'entreprise et la localité dans laquelle se situe l'entreprise informelle.

### 3. Le Secteur Informel au Sénégal

Le secteur informel occupe une place importante dans l'économie au Sénégal (41,6% du PIB) et des emplois du pays (48,8%). La dynamique de créations d'Unité de Production Informelle (UPI) au cours des dernières années traduit la montée en puissance du secteur informel comme mode d'insertion privilégié de la main-d'œuvre. Pour autant, l'informel se développe à la marge de l'Etat, et donc par nature dans un environnement précaire pour ses employés, ce qui constitue un important défi en matière de protection sociale, de couverture maladie universelle et d'assurance.

#### Aperçu chiffré du secteur informel au Sénégal :

- Au Sénégal, l'Agence Nationale de Statistiques Démographiques définit le secteur informel comme l'ensemble des UPI non agricoles dépourvues de NINEA et/ou de comptabilité officielle. De ce fait, les indépendants agricoles sont exclus de ces données.
- La valeur ajoutée du secteur **représente 41,6 % du PIB**. La production du secteur est estimée à 39,8 % de la production nationale, dont 29,8% du commerce, 32,2% des services et 38% du secteur secondaire.
- On compte **773 903 unités de production informelles** (UPI) non agricoles, qui emploient 2 216 717 personnes, soit **48,8 % de la population active occupée**. Les activités commerciales sont les principaux pourvoyeurs d'emplois à hauteur de 39,8 % suivie des autres services (33,9 %) et du BTP (11,3 %).
- Le secteur informel est massivement **constitué de micro-unités**. Près de 34,3 % des UPI sont abritées par des installations de fortune, ce qui les privent d'accès aux principaux services publics.
- La taille moyenne des unités informelles est de 2,9 personnes par établissement. Le **secteur informel a pour principal débouché la satisfaction des besoins des ménages (91,9 %)** et donc entretient très peu de liens directs de production avec le secteur formel.
- L'Etat ne perçoit que 4,2 % de la valeur ajoutée du secteur informel, principalement sous forme d'impôts et de droits d'enregistrement. Seules 8,8 % des UPI disposent d'un NINEA, même si elles ont souvent le Registre du Commerce et du Crédit mobilier (30%).
- L'autofinancement prime comme source de capital des UPI, seulement 2,9% d'entre elles ont recours aux prêts bancaires et 2,5% aux institutions de microfinance

#### Les caractéristiques de l'emploi dans le secteur informel au Sénégal :

L'auto-emploi est la règle principale qui caractérise ce secteur, puisque l'entrepreneuriat individuel **représente 91,8 % des entrepreneurs**. Le **profil de ces employés est généralement masculin** (79,9% d'entrepreneurs sont des hommes), avec un âge moyen d'environ 40 ans. **La main-d'œuvre du secteur informel est faiblement scolarisée, avec 2,8 années d'études en moyenne**. Le secteur est dominé d'entrepreneurs qui ont arrêté leurs études au niveau primaires (28,2 %) et ceux qui n'ont aucun niveau d'études (27,7 %). Quant à leur origine, ils proviennent pour l'essentiel des villes (19,0 % pour Dakar et 48,2 % pour les autres villes), 28,7 % pour le monde rural et 4,1 % pour les étrangers. **Le secteur informel est donc au cœur de l'économie urbaine**.

**Les actifs du secteur informel travaillent en moyenne 48,9 heures par semaine**, et gagnent **un salaire mensuel moyen de 42 150 CFA**, soit un taux de salaire horaire de 202 inférieur au salaire horaire minimum stabilisé à 308 FCFAL'heure. **Plus d'un travailleur sur deux (55,3 %) du secteur informel est lié à son patron par un contrat par entente directe et 36,1 % des travailleurs ne disposent pas de contrat**. Par ailleurs, seul le tiers des travailleurs a un statut de salarié.

Par nature, les emplois exercés dans le secteur informel se caractérisent par une absence générale de protection sociale. En effet, **seul 2,2% des UPI sont enregistrées à la Caisse de Sécurité Sociale (CSS) ou à l'Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES)**. Cette situation a plusieurs explications, dont notamment **l'ignorance de l'enregistrement (36,1%), son caractère non obligatoire (32,4 %), la faiblesse des revenus (9,9 %), et enfin la lourdeur des démarches (8,5 %)**. Des initiatives, aussi bien publiques que privées, ont été prises pour améliorer la protection sociale des travailleurs du secteur informel, mais elles semblent insuffisantes et très souvent peu adaptées aux caractéristiques du secteur, car elles s'inscrivent dans un cadre large d'une couverture pour tous ou d'initiatives privées par le canal des mutuelles d'assurance. Actuellement coexiste un certain nombre de régimes non obligatoires, des mutuelles de santé non subventionnées et des mécanismes de gratuités dans le secteur public. Toutefois,



les travailleurs du secteur informel et du monde rural ne demeurent, en général, non couverts par aucun mécanisme de protection financière contre la maladie.

### **Le secteur informel et l'Etat Sénégalais**

L'immense majorité des unités informelles sont inconnues de l'ensemble des services de l'État. Plusieurs registres d'affiliation existent pour ces structures : le Numéro d'Identification Nationale des Entreprises et Associations assimilées (NINEA), le code contribuable (CC), le registre du commerce, la patente, la carte professionnelle et enfin l'organisme de sécurité sociale (CSS/IPRES). L'affiliation la plus fréquente correspond au registre du commerce (30,0 %), à la chambre des métiers (10,7 %) et à l'immatriculation au NINEA (8,8 %). Pour les autres registres, la proportion d'unités affiliées est inférieure à 1 % à l'exception de l'enregistrement à la sécurité sociale (2,2%). Un peu moins de la moitié des UPI (44,3 %) est prête à enregistrer son établissement auprès de l'administration. Les plus favorables à la réintégration dans la légalité sont les UPI salariales, plus de 82 % se disant disposées à accepter le cadre légal. En effet, près de 5 établissements sur 10 accepteraient ainsi de payer l'impôt sur leur activité.

### **Trois initiatives ont récemment été mis en place par l'Etat, pour favoriser la protection sociale des employés du secteur informel :**

- **La stratégie nationale de protection sociale (SNPS)** a pour l'objectif prioritaire de l'axe 1 « Extension de la protection sociale » est de porter la couverture du risque maladie à 40 % de la population d'ici 2015. Pour ce faire, la SNPS préconise d'une part la mise en place d'une caisse nationale d'assurance maladie pour les salariés du secteur formel et les retraités et d'autre part, un système de protection pour les travailleurs de l'économie informelle, les personnes âgées et les plus vulnérables.
- **La Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie (SNECRM)** met un accent particulier sur la promotion de mutuelles de santé pour étendre l'assurance santé aux ménages de l'économie informelle et du monde rural. Ainsi, le nombre de mutuelles de santé fonctionnelles est passé de 80, en 2003, à 237 dont 217 mutuelles de santé communautaires et 20 mutuelles d'envergure nationale, en 2011. Le nombre de bénéficiaires est aujourd'hui estimé à 609 182.
- **Un dialogue tripartite** en vue d'étendre la protection sociale à l'informel à travers un nouveau cadre, celui du **Régime Simplifié pour les Petits Contribuables (RSPC)**. Ce nouveau dispositif devrait prendre en charge dans sa phase initiale les branches maladie, vieillesse et risques professionnels et avoir un caractère obligatoire.

Ces trois initiatives sont encourageantes, mais doivent encore faire leur preuve, compte tenu des défis liés au secteur informel et à sa tendance à croître à la marge des registres étatiques.

### **Annexe 3 : Questionnaire sur la CSU et le secteur informel (Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Sénégal)**

Nom de l'institution : .....

#### **A. Questions d'ordre général**

1. Considérez-vous que le secteur informel (SI) dans le pays soit homogène ou plutôt hétérogène ?
2. A votre avis quelles sont les principaux défis et contraintes pour la couverture du SI par la CSU / contre le risque maladie ?
3. Quel est à votre avis, les voies et moyens pour couvrir le SI ?
4. Devrait-on adopter une stratégie selon l'hétérogénéité de ce secteur ?
5. Doit-on y aller progressivement ?
6. A-t-on les moyens financiers, humains et institutionnels pour y arriver ?
7. La partie offre du système de santé est-elle prête pour ce saut ?
8. A votre avis qui devrait piloter l'agenda de la CSU, en général, et celle de la couverture du SI, en particulier ?

#### **B. Questions sur des modalités pratiques**

##### **a) Options de mise en commun**

1. Pensez-vous que les régimes de couverture du SI devraient être obligatoires ou facultatifs ?
2. Ce/ces régimes devraient être à part ou mis en commun avec d'autres régimes existants ou à créer ?
3. Devrait-on opter pour Un régime pour le SI ou plusieurs régimes selon les spécificités de chaque sous-secteur informel ?
4. Pensez-vous que les mutuelles corporatistes soient un bon modèle pour la couverture du SI localisé et relativement organisé (commerçants ayant pignon sur rue et payant des taxes ; corporation des agriculteurs...) ?

5. Pensez-vous que les mutuelles à base communautaire soit une bonne alternative pour couvrir le SI ?
6. Devrait-on séparer les actifs pauvres et non pauvres du SI dans le but de couvrir la population pauvre toute seule et les travailleurs non pauvres séparément ?
- b) Options de financement et du paquet de services
7. Devrait-on privilégier des cotisations selon les capacités contributives pour plus d'équité ou sous forme de forfaits pour plus de facilité ?
8. Cela devrait-il être appliqué à tous les travailleurs du SI ou devrait-on recourir à des traitements différents si le secteur est très hétérogène ?
9. A quelle fréquence ces cotisations doivent-elles être collectées ?
10. Quels sont les meilleurs canaux pour faire cette collecte ?
11. Que pensez-vous de l'utilisation des transferts via le téléphone mobile (mobile money) ?
12. Pensez-vous que ces cotisations devraient être subventionnées par l'Etat ? Et pour tous les travailleurs du SI ?
13. Pensez-vous que les impôts et taxes soient une meilleure alternative pour financer la couverture du SI contre le risque maladie ?
14. Pensez-vous que le panier de soins du/des régimes à mettre en place doit prendre en considération les besoins de ces travailleurs et de leurs familles ou bien le niveau des ressources mobilisables ?
15. Dans ce cas, pensez-vous que le panier de soins doit être similaire à celui des autres régimes ?
16. Que pensez-vous d'un panier minimum universel dans votre pays ?
- C. Questions institutionnelles diverses

1. Pensez-vous qu'il serait opportun de créer un fonds et/ou une institution nouvelle pour gérer le/les régimes des travailleurs du secteur informel si le régime en question n'est pas une mutuelle ?
2. Pensez-vous qu'un arrangement institutionnel multiple (avec contrats de sous-traitance) serait nécessaire : différentes institutions chargées de l'immatriculation, production et distribution des cartes d'assurés, collecte des cotisations, définition de la politique d'achat des services de santé, gestion des feuilles maladie, paiement des prestataires, etc. ?
3. Pensez-vous que la couverture étendue de l'état civil serait un atout pour la CSU, y compris la couverture du SI ?
4. Dans ce cas, comment travailler avec le Ministère de l'Intérieur ?

Nom et prénom du responsable des réponses :

Fonction :

Email :

Téléphone :

Merci