

# Pandémie de Covid -19, Pauvreté et Résultats en Matière de Santé en Afrique du Sud : Les Programmes de Protection Sociale Assurent-ils une Protection ?

Abiodun Olusola Omotayo  
et  
Adebayo Isaiah Ogunniyi

Documents de travail GPIR-008

AFRICAN ECONOMIC RESEARCH CONSORTIUM  
CONSORTIUM POUR LA RECHERCHE ÉCONOMIQUE EN AFRIQUE

Apporter de la rigueur et des éléments de preuve à  
l'élaboration des politiques économiques en Afrique

# Pandémie de Covid -19, Pauvreté et Résultats en Matière de Santé en Afrique du Sud : Les Programmes de Protection Sociale Assurent-ils une Protection ?

Par

Abiodun Olusola Omotayo  
Université de North West, Afrique du Sud

et

Adebayo Isaiah Ogunniyi  
Université d'Ibadan, Nigeria

CETTE ÉTUDE DE RECHERCHE a été rendue possible grâce à une subvention du Consortium pour la Recherche Economique en Afrique. Toutefois, les conclusions, opinions et recommandations sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les points de vue du Consortium, de ses membres individuels ou du Secrétariat du CREA.

Publié par : Le Consortium pour la Recherche Economique en Afrique  
B.P. 62882 - City Square  
Nairobi 00200, Kenya

© 2024, Consortium pour la Recherche Economique en Afrique.

# Table des matières

Liste des tableaux

Liste des figures

Liste des abréviations et acronymes

Résumé

Remerciements

1.	Introduction	1
2.	Analyse de la littérature	3
3.	Méthodologie de recherche	5
4.	Résultats et discussion	13
5.	Conclusion et implications politiques	18
	Remarques	19
	Références	20
	Annexe	21

## Liste des tableaux

1.	Statistiques sommaires des variables	8
2.	Estimations de la différence dans les différences de l'impact de la subvention de la sécurité sociale en Afrique du Sud (SASSG) sur la pauvreté des ménages.	15
3.	Estimations de la différence dans les différences de l'impact de la subvention de la sécurité sociale en Afrique du Sud (SASSG) sur l'état de santé auto déclaré.	17
A1.	Prévalence d'un mauvais état de santé par quintiles de revenu des ménages par habitant [PCHI] en pourcentage (%)	24
A2.	Prévalence d'un mauvais état de santé par quintiles de revenu des ménages par habitant [PCHI] en pourcentage (%) dans le contexte de l'accès à la subvention de la sécurité sociale sud-africaine (SASSG).	24
A3.	Décomposition de l'indice de pauvreté par tête	25
A4.	Facteurs influençant l'accès à la subvention de la sécurité sociale en Afrique du Sud (SASSG)	27
A5.	Déterminants de la pauvreté des ménages en Afrique du Sud	28
A6.	Déterminants de l'état de santé à l'ère du COVID-19	29

## Liste des chiffres

1.	Géographie de l'Afrique du Sud illustrant les neuf provinces du pays	6
2.	Courbe de concentration avant l'ère du COVID-19 (2017)	13
3.	Courbe de concentration pendant l'ère du COVID-19 (2020)	14

## Liste des abréviations et acronymes

CSG	Subvention pour le soutien à l'enfance
COVID-19	Maladie du Corona Virus 2019
DiD	Différence dans les différences
FAO	Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture
FE	Effets fixes
FGT	Foster-Greer-Thorbecke
FIDA	Fonds international de développement agricole
OIT	Organisation internationale du travail
MPCTHI	Revenu total moyen des ménages par habitant
NIDS	Étude nationale sur la dynamique des revenus
NIDS-CRAM	Enquête mobile rapide sur le coronavirus
NSFAS	Programme national d'aide financière aux étudiants
OAP	Subvention pour la pension des personnes âgées
PCHI	Revenu des ménages par habitant
SAH	Auto-évaluation de la santé
SASSG	Subvention de sécurité sociale pour l'Afrique du Sud
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
ZAR	Rand sud-africain

## Résumé

La pandémie de COVID-19 a entraîné une perte de revenus importante pour de nombreuses personnes et a aggravé la pauvreté pour les individus et les populations vulnérables qui ont été touchés par les pertes d'emploi. En Afrique du Sud, la perte de revenus a rendu plus difficile l'accès aux soins de santé et à une alimentation équilibrée, ce qui a eu un impact négatif sur les résultats en matière de santé. Cette étude part de l'hypothèse que les chocs dus au COVID-19 ont des effets disproportionnés sur la santé des pauvres, d'où la nécessité de connaître l'impact des programmes et des interventions de protection sociale par le biais de la subvention de la sécurité sociale sud-africaine (SASSG). Pour ce faire, nous avons utilisé l'ensemble des données de l'Étude nationale sur la dynamique des revenus (NIDS), représentative au niveau national, robuste et fiable, qui a été réalisée en 2017 (avant le COVID-19), la première vague de l'Enquête mobile rapide NIDS-Coronavirus (NIDS-CRAM) étant réalisée en 2021 (pendant le COVID-19). Le revenu total par habitant des ménages a été utilisé pour générer des seuils de pauvreté, tandis que les courbes et indices de concentration ont été utilisés pour expliquer les inégalités revenu-santé. Le modèle de différence dans les différences avec des effets fixes a été utilisé pour estimer l'impact de la SASSG sur les facteurs de stress de pauvreté du COVID-19 et sur l'état de santé auto déclaré. Étant donné l'importance et l'ampleur des variables institutionnelles dans la détermination des inégalités socio-économiques en matière de santé, la lutte contre la faim, les inégalités de revenus et le chômage a légèrement contribué à atténuer les inégalités de revenus et de santé lors des chocs provoqués par le COVID-19. Nous avons constaté que l'intervention de protection sociale en Afrique du Sud (SASSG) a amorti l'impact de la pandémie de COVID-19 dans le contexte des facteurs de stress de pauvreté et de l'état de santé auto déclaré. Par conséquent, nous plaidons pour des programmes en Afrique du Sud qui se concentrent sur la réduction de la pauvreté et des disparités de santé relatives aux revenus, ainsi que pour des programmes de protection sociale plus proactifs.

Mots clés : Chocs COVID-19 ; Capital sanitaire ; Inégalité des revenus ; Relations de redistribution ; Subvention de sécurité sociale ; Afrique du Sud.

## Remerciements

Les auteurs remercient le Consortium pour la recherche économique en Afrique (CREA) pour le soutien technique apporté à cette recherche. Par ailleurs, nous tenons à remercier le coordinateur du projet, le professeur Erik Thorbecke (Université de Cornell, États-Unis), le professeur Yusi Ouyang (Université de Tulsa, États-Unis) et les autres parties prenantes aux ateliers du projet GPIR, ainsi qu'à l'examen final et à l'atelier de formation sur les documents de politique générale (projet GPIR, Ghana) pour leurs suggestions, leurs commentaires et leurs contributions.

Les opinions exprimées et les conclusions tirées sont celles des auteurs et ne doivent pas nécessairement être attribuées au CREA ou à nos institutions respectives.

# 1. Introduction

La pandémie de COVID-19 a considérablement pesé sur la vie des populations du monde entier et a fait subir un choc énorme à l'économie mondiale, déclenchant la récession la plus profonde depuis huit décennies, presque trois fois plus importante que celle de 2009 (Krstic et al., 2020 ; Aktar et al., 2021 ; Dieppe, 2021 ; Ozili, 2021). L'incertitude demeure quant à l'évolution de la situation dans les années à venir, même si les pays se précipitent pour mettre en œuvre des mesures de lutte contre la crise (Dutta & Fischer, 2021). Les perturbations sociales et économiques généralisées ont eu une influence considérable sur le bien-être humain, sans compter les conséquences directes de la pandémie sur la santé et la mortalité (Ortiz-Juarez et al., 2020 ; Sumner et al., 2020 ; Van Bavel et al., 2020 ; Workie et al., 2020). Bien que les solutions politiques internationales aient reçu une attention publique considérable, les institutions nationales et locales doivent intentionnellement mettre en œuvre ces initiatives dans les années à venir pour une reprise économique rapide (Peña et al., 2020).

Tout comme l'incidence du COVID-19 dans les pays occidentaux, la pandémie de COVID-19 a eu un impact considérable sur l'Afrique du Sud, ce qui a conduit à la mise en œuvre de mesures de confinement strictes (Van Bavel et al., 2020). Après la déclaration de l'état de catastrophe nationale le 15 mars 2020, le pays est entré dans un état de confinement complet le 26 mars 2020, seuls les déplacements et les services de première nécessité étant autorisés (Orrù, 2020 ; Sumner et al., 2020). En conséquence, l'activité économique a été considérablement réduite pendant les années de pandémie de coronavirus en Afrique du Sud, ce qui a eu un impact sur la main-d'œuvre et les moyens de subsistance des ménages. Selon l'enquête de 2021 du Bureau des statistiques d'Afrique du Sud (Stats SA), la pandémie de COVID-19 a eu un impact considérable sur les revenus d'au moins deux manières : la génération de revenus a complètement cessé et les revenus ont diminué (Posel et al., 2021), trois millions de personnes ayant perdu leur emploi et 25 % des participants à l'enquête ayant signalé une réduction de leurs revenus lors de la suspension de leurs activités économiques (Visagie et al., 2021). Les pauvres et les personnes vulnérables ont donc été les catégories de personnes les plus touchées dans le pays.

Compte tenu des profondes inégalités socioéconomiques qui existent en Afrique du Sud, il est très probable que la pauvreté et les inégalités de santé liées au revenu se soient aggravées davantage chez les pauvres que chez les riches pendant la crise

(Das, 2021). Il est important de mesurer l'influence des programmes de protection sociale sur l'atténuation de la crise économique et sanitaire en Afrique du Sud, car les effets inégaux de la pandémie ne sont pas uniquement le fait de l'Afrique du Sud ou du COVID-19. On peut donc supposer que les personnes déjà vulnérables - comme celles qui ont perdu leur emploi ou qui occupent des emplois précaires - vivent dans des quartiers et des logements défavorables et sont généralement pauvres. Elles sont donc plus susceptibles de subir le poids de l'épidémie que les personnes relativement riches. Cette situation n'est toutefois pas inattendue si l'on considère que la pandémie a eu un impact sur de nombreuses communautés en raison du confinement forcé dû aux fermetures d'usines et au fait qu'elles se sont écartées du marché du travail (Nwosu & Oyenubi, 2021).

Entre-temps, des études (Abdoul-Azize & El Gamil, 2021 ; Banks et al., 2021 ; Busso et al., 2021 ; Mendez-Lopez et al., 2022) ont souligné qu'une intervention efficace de protection sociale en réponse aux chocs du COVID-19 est fondamentale pour atténuer les effets néfastes de la pandémie sur la vie et les moyens de subsistance de la population. Plus précisément, les études sur le maintien des moyens de subsistance (Bambra et al., 2020 ; Blundell et al., 2020 ; Nwosu & Oyenubi, 2021) appellent à l'introduction des interventions de protection sociale pour préserver les revenus et empêcher le recours à de mauvais mécanismes d'adaptation susceptibles d'aggraver la pauvreté et les disparités de santé liées au revenu. Pour examiner les effets de la participation à la subvention de la sécurité sociale sud-africaine (SASSG) sur l'état de pauvreté et l'inégalité revenu-santé, l'étude a utilisé le modèle de différence dans les différences avec effets fixes sur deux ensembles de données de panel : le NIDS-2017 et le NIDS-CRAM-2021.

L'ensemble des données utilisées est représentatif au niveau national, dans le but d'informer les politiques par une recherche rapide et fiable sur l'économie de l'Afrique du Sud dans le contexte du choc COVID-19. En outre, cette étude a permis de déterminer les inégalités de santé liées aux revenus et associées à la pandémie de COVID-19. L'étude a comparé le statut de pauvreté et l'inégalité de santé liée au revenu ainsi que l'état de santé auto-déclaré<sup>1</sup> avant et pendant la pandémie en utilisant des données de panel qui relient les individus sur les deux périodes, ainsi que l'effet des programmes de protection sociale dans la réduction des effets de COVID-19. En ce qui concerne les résultats en matière de santé, l'estimation a été basée sur des données descriptives et a été réalisée au niveau social<sup>2</sup> tandis que l'estimation de l'état de santé auto déclaré était plus que descriptive et a été réalisée au niveau individuel.<sup>3</sup> Nous avons donc émis l'hypothèse que les pauvres étaient proportionnellement plus nombreux à se déclarer en mauvaise santé que les autres groupes, et que le degré de disparité s'était accru tout au long de l'ère de COVID-19 par rapport à l'ère d'avant COVID. Nous avons donc analysé l'impact des programmes de protection sociale sur la pauvreté avant et pendant l'ère de COVID-19 afin de formuler des recommandations visant à atténuer les effets et à réduire la pauvreté en Afrique du Sud.

## 2. Revue de la littérature

Il apparaît que les effets négatifs des mesures du COVID-19 se répercutent sur le développement de l'économie, du bien-être et du capital humain à différents niveaux : perturbation de l'activité économique et perte de chiffre d'affaires, perte d'emploi ou diminution des revenus, réduction de la disponibilité au travail en raison de la nécessité de s'occuper des enfants (lorsque les écoles ont été fermées) et des membres du ménage malades (Ajibo, 2020 ; Andam et al., 2020 ; Bartik et al., 2020 ; Fagbemi, 2021 ; Morgan & Trinh, 2021 ; Ogisi & Begho, 2021). L'Organisation internationale du travail (OIT), l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), le Fonds international de développement agricole (FIDA) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont publié une déclaration commune soulignant la perte massive des moyens de subsistance, les entreprises connaissant des crises existentielles et le pourcentage important de la main-d'œuvre mondiale qui a perdu son emploi et ses moyens de subsistance en raison de la pandémie de COVID-19, le secteur informel étant plus exposé car il n'a que peu ou pas accès à l'emploi formel (Alhashimi et al, 2021 ; Micinski, 2021).

L'Afrique du Sud représente près de la moitié de toutes les infections à coronavirus signalées sur le continent africain, ce qui s'explique par le fait que le pays dispose d'une capacité de dépistage beaucoup plus élevée que la plupart des nations de la région (Schwettmann, 2020). Des études ont également montré que le nombre réel d'infections dues au coronavirus sur le continent africain pourrait être nettement plus élevé que les cas signalés en raison de l'absence de registres et d'établissements de santé adéquats (Rutayisire et al., 2020). Toutefois, compte tenu de l'augmentation de la pauvreté et du recul des résultats en matière de développement, tels que le bien-être et l'accès aux services de santé, la pandémie constitue une menace pour les acquis en matière de capital humain (Akseer et al., 2020 ; Corral & Gatti, 2020 ; Heidkamp et al., 2021). L'augmentation des taux de mortalité associée à la pandémie s'est traduite par la perte de prestataires de soins primaires, ce qui a rendu les ménages plus vulnérables aux menaces de pauvreté, de malnutrition, de mauvaise santé, de dépression, de violence et de mariage d'enfants (Okoi & Bwawa, 2020 ; Hillis et al., 2021).

À l'heure actuelle, les études scientifiques sur l'effet du COVID-19 sur l'économie des ménages et sur ses effets négatifs sur les investissements en capital humain en Afrique du Sud se multiplient lentement, mais de plus en plus. En évaluant l'accès aux soins de santé, des études telles que Lal et al. (2020), Okoi et Bwawa (2020), Proper et

al. (2020), Mishra et al. (2021), et Nwosu et Oyenubi (2021) ont noté que le mauvais état de santé et les inégalités existantes en matière de santé ont été encore aggravés par la pandémie. La baisse des revenus et l'augmentation de la pauvreté des ménages ont accru les obstacles financiers à la santé, entraînant à la fois des besoins non satisfaits et des difficultés financières pour les personnes qui utilisent les services de santé des secteurs privé et public (OMS, 2019). En Afrique du Sud, la réduction de la probabilité d'utilisation des établissements de soins découle des systèmes de santé publique déjà mis à mal, le secteur de la santé restant sous-financé (Lal et al., 2021), alors que le nombre de patients hospitalisés est resté élevé en raison de la pandémie (OMS, 2019 ; Cai & Choi, 2020 ; Tsalis et al., 2020). Cette réduction a donc menacé d'annuler les progrès réalisés en Afrique du Sud et dans le monde entier pour améliorer les résultats en matière de santé, en raison des perturbations visibles dues aux pandémies (Amimo et al., 2021 ; Graetz et al., 2021). Au plus fort des différentes vagues, les gens n'ont pas pu accéder aux services de santé pour les maladies chroniques, et les pauvres ont peut-être été plus désavantagés que les riches.

En Afrique du Sud, les ménages à faibles revenus se sont rapidement trouvés en situation de devoir choisir entre essayer de gagner de l'argent pour éviter la pénurie et accepter la possibilité de contracter l'infection, malgré les interdictions officielles, car les ménages en situation d'insécurité alimentaire ne bénéficient d'aucune ou de très peu de protection sociale (Arndt et al., 2020). Les chocs extrêmement rapides et graves de la pandémie du point de vue de la santé publique, de la répartition des revenus et de la sécurité alimentaire soulignent l'importance de mettre en place des politiques de transfert qui soutiennent les ménages vulnérables (Arndt et al., 2020). Afin de comprendre l'ampleur des inégalités entre revenus et santé ainsi que les effets des programmes de protection sociale sur la réduction des effets de la perte d'emploi et de la pauvreté en Afrique du Sud, cet article comble les lacunes actuelles de la recherche sur les impacts du COVID-19 sur la pauvreté et les revenus. En partie à cause des chocs induits par le COVID-19 au cours des dernières années, les performances actuelles de l'Afrique du Sud ne lui permettent pas d'atteindre les objectifs de développement durable (ODD). Le rapport présente des recommandations pour les programmes de protection sociale afin d'aider les pauvres d'Afrique du Sud qui ont du mal à lutter contre la pauvreté et l'inégalité économique.

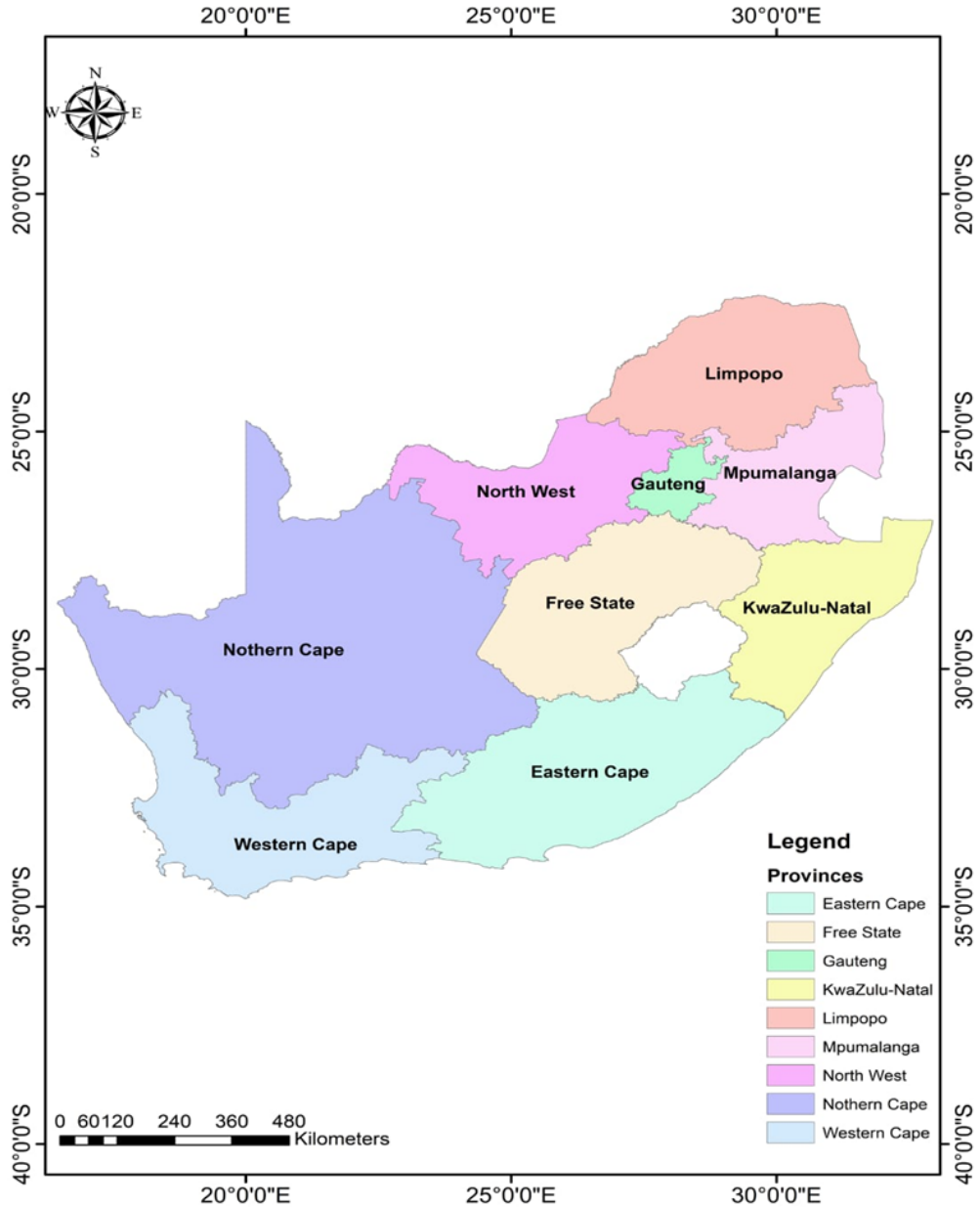
### 3. Méthodologie de recherche

#### Domaine d'étude

L'Afrique du Sud, pays d'Afrique subsaharienne, devrait compter plus de 60 millions d'habitants pour une superficie de 1 220 813 kilomètres carrés (Omotayo et al., 2020 ; Omotayo et al., 2021). Ses neuf provinces (figure 1), dont chacune est dotée d'un ensemble unique de ressources naturelles, définissent les principales activités économiques et la répartition de la population du pays. Selon Pradervand et Van der Elst (2008), le pays est entouré au sud par un littoral qui s'étend sur 2 798 kilomètres (1 739 miles) le long de l'Atlantique Sud et de l'océan Indien, au nord par les nations voisines de la Namibie, du Botswana et du Zimbabwe, et à l'est et au nord-est par le Mozambique et l'Eswatini. En Afrique du Sud, l'espérance de vie en 2009 était de 71 ans pour les Blancs et de 48 ans pour les Noirs, selon l'Institut sud-africain des relations raciales (Zuma & Ramaphosa, 2014).

En effet, environ 9 % du PIB de l'Afrique du Sud est consacré aux services de santé, ce qui en fait l'un des pays où le taux d'infection par le COVID-19 est le plus élevé au monde. L'Afrique du Sud a été frappée par le COVID-19 à tel point que les progrès réalisés par le pays au cours des 26 années qui ont suivi l'instauration de la démocratie ont été réduits à néant par le virus. En outre, l'épidémie est survenue à un moment où l'économie sud-africaine était confrontée à d'importantes difficultés dues à un développement lent et à une redistribution insuffisante des revenus, faisant du pays l'un des plus grands pays inégalitaires au monde (Cooper et al., 2021). En outre, la pauvreté et les inégalités en Afrique du Sud devraient s'aggraver en raison de l'épidémie de COVID-19 et de ses effets secondaires (Mbunge, 2020). Malheureusement, le contexte sud-africain de l'épidémie de COVID-19 présente donc à la fois des inégalités en matière de pauvreté et de santé liées aux revenus, ce qui nécessite une politique durable qui s'attaque à ces deux problèmes afin de permettre une reprise économique rapide.

Figure 1 : La géographie de l'Afrique du Sud illustrant les neuf provinces du pays



## Description des données et statistiques

La vague la plus récente du panel NIDS d'Afrique du Sud (vague 5, 2017)<sup>4</sup> et le NIDS-CRAM (2021) ont tous deux été utilisés dans cette étude. L'échantillon d'adultes de la vague 5 de l'enquête NIDS, NIDS-CRAM, est une enquête représentative au niveau national qui a ciblé plus de 17 000 adultes (avec environ 7 000 entretiens réussis). Il s'agit d'un ensemble de données à haute fréquence qui a été recueilli mensuellement

entre mai et octobre 2020 par le biais d'une série de sondages téléphoniques par panel. Les sondages ont permis de recueillir des informations sur la démographie, les subventions reçues, la migration, l'emploi, la faim et les perceptions et comportements à l'égard du risque COVID-19. L'étude de panel NIDS-CRAM a eu cinq vagues, totalisant 8 051 observations, et a suivi les mêmes sujets pendant trois vagues en 2020 (vagues 1-3) et deux vagues en 2021 (vagues 4 et 5). L'étude a toutefois été limitée aux personnes dont les données ne manquaient pas pour les variables incluses dans l'analyse, afin d'améliorer la comparabilité entre les ensembles de données (tableau 1). Un échantillon d'estimation de 4 056 observations a donc été produit. La stratégie d'échantillonnage comprenait deux étapes d'échantillonnage en grappes stratifié.

Les résultats montrent que le revenu moyen des ménages interrogés a fortement chuté, passant de 4145,63 ZAR à 2344,34 ZAR, et qu'un plus grand nombre de ménages ont accès aux aides de la sécurité sociale (tableau 1). Cela montre que l'inégalité en matière de santé s'est accrue entre la période précédant le COVID-19 et la période du COVID-19, ce qui indique que la pandémie pourrait avoir entraîné une augmentation des coûts liés à la santé. Le résultat indique que 69,49 % des ménages ont eu accès aux aides à la protection sociale pendant la pandémie, contre 34,89 % avant la période COVID-19. Cela suggère que le gouvernement sud-africain est intervenu pour réduire l'impact des chocs induits par le COVID-19. L'état de santé médiocre, basé sur l'état de santé auto déclaré, est passé d'environ 9 % avant le COVID-19 à 27,8 % pendant la pandémie. De même, les résultats concernant l'expérience de la faim montrent que les ménages (8,89 % contre 19,07 %) et les enfants (moins de 18 ans) ont davantage souffert de la faim pendant la pandémie qu'avant la pandémie. Les résultats suggèrent que la pandémie de COVID-19 a pu avoir une incidence sur les moyens de subsistance des ménages, en particulier sur la santé, la sécurité alimentaire et les revenus. Différents seuils de pauvreté ont été calculés pour les deux cycles d'enquête en utilisant l'approche Foster-Greer-Thorbecke (FGT). L'étude a également calculé un seuil de pauvreté relative, défini comme les deux tiers du revenu total moyen par habitant des ménages (MPCTHI).

Cette étude reconnaît l'inadéquation de l'utilisation du revenu à la place des dépenses. Cependant, l'étude est limitée par la non-disponibilité des dépenses dans l'ensemble des données. Nous supposons que les résultats de cette étude ne seront pas influencés par cette lacune identifiée, car de nombreuses études antérieures ont validé l'utilisation de la même approche. La moyenne du revenu total des ménages par habitant des personnes interrogées a été estimée à 4 145,63 ZAR (voir tableau 1), alors que l'indice MPCTHI des deux tiers a été estimé à 2 345,55 ZAR avant l'apparition du COVID-19. De même, pendant la période pandémique, l'indice MPCTHI a été estimé à 2 344,34 ZAR, tandis que l'indice MPCTHI des deux tiers était de 1 447,69 ZAR. Comme l'indique le tableau A4, tout ménage dont l'indice MPCTHI est inférieur ou égal à 2 345,55 ZAR ou à 1 447,69 ZAR est donc considéré comme pauvre, respectivement dans les périodes pré-COVID-19 et COVID-19, tandis qu'un ménage dont l'indice MPCTHI est supérieur à ces montants est considéré comme non pauvre au cours de ces périodes.

Tableau 1 : Statistiques sommaires des variables

Variabes	Avant COVID-19	Pendant COVID-19
Variables d'intérêt		
Revenu moyen (rands d'Afrique du Sud)	4,145.63	2,344.34
Accès à la subvention de sécurité sociale (%)	34.89	69.49
Indice de concentration	0.23	0.57
Catégorie de pauvreté		
Effectif de la pauvreté ( $\alpha=0$ )	0.208	0.334
Écart de pauvreté ( $\alpha=1$ )	0.149	0.273
Gravité de la pauvreté ( $\alpha=2$ )	0.091	0.123
Seuil de pauvreté (rands sud-africains)	2,777.57 ZAR	1,570.70 ZAR
État de santé auto déclaré		
Mauvaise santé [%]	9.04	27.45
Le ménage a connu la faim	8.89	19.07
Les enfants (moins de 18 ans) ont souffert de la faim	5.29	15.49
Variables de contrôle sélectionnées		
Âge (en années)	41.89	44.90
Niveau d'éducation (en années)	11.44	13.92
Taille du ménage	4.11	5.27
Emploi et revenus (%)	43.89	29.89
Genre (homme)	38.35	39.22
Africain/Noir	86.49	82.49
De couleur	8.39	7.69
Asiatique/Indien	0.75	0.78B
lanc	4.28	4.33
Taille de l'échantillon	2030	2026

## Mesure de la pauvreté

Pour établir le profil de pauvreté du ménage, nous avons adopté l'approche par le revenu. Notre principal indicateur de pauvreté est le revenu total du ménage, le seuil de pauvreté - seuil en dessous duquel un ménage peut être considéré comme pauvre - étant notre point de départ. En raison de l'absence d'un seuil de pauvreté national et du fait que le seuil de pauvreté absolue de 1,25 USD par jour ne s'applique pas à ce type d'étude, nous avons calculé un seuil de pauvreté relative de deux tiers du revenu total moyen par habitant du ménage, conformément à des études antérieures (Obisesan, 2013 ; Awotide et al., 2015). La littérature utilise une variété de mesures de la pauvreté, y compris celles développées par Sen (1976), Foster et al. (1984), et Foster et Shorrocks (1988). De toute évidence, le FGT (1984), également connu sous le nom de classe  $p$ -alpha ( $P_\alpha$ ) de mesure de la pauvreté, est le plus largement utilisé, car le  $\alpha$  est décomposable en sous-groupes et est un paramètre politique qui peut être modifié

pour refléter approximativement « l'aversion » à la pauvreté. Par conséquent, cette étude a utilisé le FGT standard (1984) pour générer le profil et le statut de pauvreté des ménages. Le FGT se présente sous la forme suivante:

$$P_{\alpha}(y, z) = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^n \left( \frac{Z - Y_i}{Z} \right)^{\alpha} \quad (1)$$

Où :

Z = le seuil de pauvreté relative en actifs ;

n= nombre de ménages en dessous du seuil de pauvreté ;

N = nombre total de ménages dans l'échantillon ;

$Y_i$  = revenu estimé des ménages par habitant du  $i^{\text{th}}$  ménage

$Z - Y_i$  = écart de pauvreté du  $i^{\text{th}}$  ménage;

$$\frac{Z - Y_i}{Z} = \text{ratio d'écart de pauvreté ;}$$

$\alpha$  = paramètre d'aversion à la pauvreté, avec des valeurs : 0, 1, 2;

$\alpha = 0$ , donne l'effectif de la pauvreté ;

$\alpha = 1$ , donne la profondeur de la pauvreté ;

$\alpha = 2$ , donne l'indice de gravité de la pauvreté .

Ainsi, un ménage qui se situe sous le seuil de pauvreté se voit attribuer la valeur 1, ce qui signifie qu'il est pauvre, tandis qu'un ménage qui se situe sur le seuil de pauvreté ou au-dessus se voit attribuer la valeur 0, ce qui signifie qu'il n'est pas pauvre. Nous présentons dans le tableau 1 les indices d'effectifs, d'écart et de gravité de la pauvreté qui ont été calculés à l'aide de l'équation 1<sup>5</sup>. En outre, nous avons mesuré la pauvreté en déterminant si un membre d'un ménage souffre de la faim en raison de l'indisponibilité de nourriture, et si un individu (<18 ans) souffre de la faim en raison de l'indisponibilité de nourriture.

## Mesure de l'inégalité de santé liée au revenu

Les courbes de concentration, qui montrent la proportion cumulée de la population se déclarant en mauvaise santé par rapport aux parts cumulées de la population, classées en fonction du revenu des ménages par habitant, ont été utilisées dans cette étude pour rendre compte des inégalités de santé liées au revenu. La ligne d'égalité est représentée par un angle de 45 degrés. Si la courbe de concentration tombe sur cette ligne, cela signifie qu'il y a une distribution proportionnelle de la mauvaise santé à travers la répartition des revenus. Cependant, O'donnell et al. (2008) ont souligné que la courbe de concentration se situerait au-dessus (au-dessous) de la ligne des

45 degrés si la mauvaise santé est plus que proportionnellement concentrée sur les pauvres (les riches). Bien que des études (Wagstaff et al., 1989 ; Kakwani et al., 1997) aient soutenu qu'elle ne pouvait pas être utilisée pour quantifier l'ampleur de cette inégalité liée au revenu, la courbe de concentration est importante pour décrire l'inégalité liée au revenu à chaque point de la répartition des revenus pour un résultat de santé important.

En outre, il n'est pas possible de déterminer la dominance lorsque les courbes de concentration se croisent. En raison de ces facteurs, il est fondamental d'estimer l'indice de concentration afin de mesurer le degré de disparité lié au revenu dans le résultat de santé cible à l'aide d'un indice synthétique. Ainsi, pour remplacer le revenu comme facteur de santé, nous estimons des indices de concentration. Afin de quantifier les inégalités en matière de santé, le revenu des ménages par habitant a été utilisé comme indicateur du statut socio-économique. Voici comment l'indice de concentration a été calculé:

$$CI_s = \frac{2}{\theta_s} cov(S, r) \quad (2)$$

Où:  $CI_s$  se réfère à l'indice de concentration de l'auto-évaluation de la santé (SAH);  $\theta_s$  à la moyenne de SAH, et  $r$  est le rang fractionnel de l'individu/du ménage dans la distribution des revenus. L'indice de concentration est calculé comme le produit du rang fractionnaire de l'individu dans la distribution des revenus et de la covariance fractionnaire du résultat de santé, divisé par la moyenne du résultat de santé. Pour les variables de ratio, l'indice de concentration se situe souvent entre l'intervalle de  $[-1,+1]$ . Un indice négatif (positif) indique une répartition proportionnelle de la mauvaise santé entre les classes de revenus, similaire à la courbe de concentration qui coïncide avec la ligne d'égalité, tandis qu'un indice de concentration nul indique une répartition pro-pauvre (pro-riche) de la mauvaise santé, similaire à la courbe de concentration située au-dessus (au-dessous) de la ligne d'égalité (O'donnell et al., 2008).

## Stratégies empiriques

Nous avons analysé l'évolution historique de la pauvreté et de l'état de santé déclaré par les ménages bénéficiaires et non bénéficiaires de SASSG<sup>6</sup> afin d'évaluer les effets de la participation à SASSG sur la pauvreté et l'état de santé déclaré par les ménages dans le cadre de COVID-19. La spécification de différence dans les différences que nous avons utilisée est la suivante:

$$Pov_{ht} = \theta_0 Post_t + \theta_1 SASSG_h * Post_t + \theta_2 SASSG_h + (\epsilon_{ht} + \delta_h) \quad (3)$$

$$HIQ_{ht} = \theta_0 Post_t + \theta_1 SASSG_h * Post_t + \theta_2 SASSG_h + (\epsilon_{ht} + \delta_h) \quad (4)$$

Où :  $Pov_{ht}$  (dans l'équation 3) et  $HIQ_{ht}$  (dans l'équation 4) représentent la pauvreté et l'état de santé autodéclaré pour le ménage  $h$  et le tour  $t$ , respectivement.  $\delta_h$  représente les effets fixes sur les ménages, qui saisissent toutes les différences invariants dans le temps entre les bénéficiaires et les non-bénéficiaires de l'aide SASSG.  $SASSG_{ht}$  représente l'accès des ménages aux transferts SASSG.  $Post_t$  est une variable muette, prenant une valeur de 1 pour l'enquête téléphonique menée pendant la pandémie de COVID-19 (ci-après dénommée "cycle COVID-19") et de 0 pour le cycle antérieur à la pandémie de COVID-19.

Le paramètre lié à cette variable fictive temporelle représente les tendances générales de la pauvreté et des disparités de revenus entre les cycles, y compris celles induites par la saisonnalité de notre échantillon, les ajustements des mécanismes d'adaptation ou d'autres raisons non liées à l'épidémie de COVID-19. La tendance temporelle peut également refléter les variations potentielles de nos résultats importants causées par des variations dans le type d'enquêtes menées (par téléphone ou en personne). Ces variations peuvent être significatives étant donné que les données ont été collectées à l'aide de l'enquête en face-à-face "habituelle" au cours du cycle pré-COVID-19 et d'une enquête téléphonique au cours du cycle COVID-19. Ces différences peuvent être saisies avec précision par cette tendance temporelle, en particulier si elles s'appliquent aussi bien aux bénéficiaires qu'aux non-bénéficiaires de SASSG.

Le paramètre clé de l'équation 3 et de l'équation 4 est  $\theta_1$ . Cet indicateur identifie les variations potentielles entre les bénéficiaires et les non-bénéficiaires de la SASSG dans l'évolution historique de la pauvreté et des résultats de l'état de santé auto-déclaré. L'effet protecteur des SASSG contre la pauvreté et le déclin de l'état de santé auto-déclaré provoqué par la pandémie de COVID-19 peut être déduit de ce paramètre en l'absence de variables temporelles inobservables ayant des effets distincts sur les bénéficiaires de SASSG. Cette technique d'estimation suppose que la pauvreté et l'état de santé auto-déclaré des bénéficiaires SASSG et non-SASSG auraient suivi des tendances comparables en l'absence de pandémie. En appliquant la même spécification à nos enquêtes pré-COVID-19 (2017 Étude nationale sur la dynamique des revenus), nous avons pu vérifier cette hypothèse.

Toutes nos spécifications incluaient une variable qui évaluait si les ménages étaient soumis à des risques pour leur activité ou leur revenu, et nous avons ajusté les facteurs de confusion observables et susceptibles de varier dans le temps, comme l'invasion de criquets pèlerins qui a touché certaines régions du pays. Nous avons pu tester la robustesse de nos résultats par rapport à d'éventuels facteurs non observés variant dans le temps en utilisant d'autres définitions de l'accès à la SASSG. Nous avons estimé des spécifications linéaires et non linéaires car nos variables de résultats ont été mesurées sous forme de valeurs binaires et entières. Plus précisément, nous avons calculé les régressions logit à effets fixes et le modèle linéaire habituel à effets fixes.

Les techniques non linéaires ont utilisé une approche entièrement paramétrique pour ajuster les différences temporelles entre les ménages, alors que le modèle linéaire à effets fixes a récupéré les différences temporelles sans faire d'hypothèses sur la

forme fonctionnelle. Du fait que les modèles non linéaires écartent les observations avec des variables dépendantes invariantes dans le temps, les tailles d'échantillon utilisées pour calculer nos résultats diffèrent de manière significative. Ces variations démontrent la résistance de nos conclusions à certains choix paramétriques, à certaines spécifications de modèles et à certaines hypothèses. Les effets de l'épidémie et le rôle que joue SASSG dans leur réduction devraient différer en fonction de la composition socio-économique du foyer. Nous avons effectué notre spécification préférée dans l'équation 3 et l'équation 4 pour de nombreuses variables d'hétérogénéité, y compris les quintiles de richesse et la distance du lieu de résidence, afin de découvrir cet impact différentiel potentiel de la SASSG à travers divers groupes de familles.

Nous avons tenté de comprendre les facteurs influençant l'accès aux SASSG. Plus précisément, l'étude a analysé les facteurs clés de l'accès à la SASSG. Nous avons émis l'hypothèse que l'accès aux SASSG est fonction des caractéristiques du ménage (MHC<sub>i</sub>) telles que la taille du ménage, l'âge et le nombre d'années d'études, des caractéristiques individuelles (MC<sub>i</sub>), des variables indicatrices de lieu (LD<sub>i</sub>) telles que la province et la zone de résidence, de l'indicateur de richesse du ménage (WD<sub>i</sub>), calculé à partir du revenu du ménage par habitant, et de  $\mu$ , le terme d'erreur. L'équation représentant le facteur influençant l'accès à SASSG est spécifiée comme suit:

$$SASSG_{it} = MHC_{it} + MC_{it} + LD_{it} + WD_{it} + \mu_{it} \quad (5)$$

## 4. Résultats et discussion

Les figures 2 et 3 présentent respectivement les courbes de concentration de COVID-19 avant et pendant l'étude. Comme le montrent les figures 2 et 3, les deux courbes se situent en grande partie à proximité de la ligne à 45 degrés, ce qui indique que les inégalités de santé liées aux revenus<sup>7</sup> ont eu plus d'impact sur les pauvres. Pour l'ère COVID-19, la courbe est bien au-dessus de la ligne d'égalité. Étant donné que l'indice de concentration de l'ère COVID-19 était généralement supérieur à la ligne d'égalité, la courbe de l'indice 2017 était principalement synchronisée avec la ligne d'égalité pour la plupart des parties du centile le plus pauvre ; le résultat suggère que l'indice de concentration de l'ère COVID-19 serait plus favorable aux pauvres que celui de l'ère pré-COVID. Les résultats montrent que l'inégalité en matière de santé en Afrique du Sud a non seulement plus que doublé - passant de 0,23 à 0,57 (voir tableau 1) - après la pandémie, mais qu'elle est également passée d'un niveau inférieur à la ligne d'égalité parfaite (en faveur des pauvres) à un niveau supérieur (en faveur des riches).

Figure 2 : Courbe de concentration avant l'ère COVID-19 (2017)

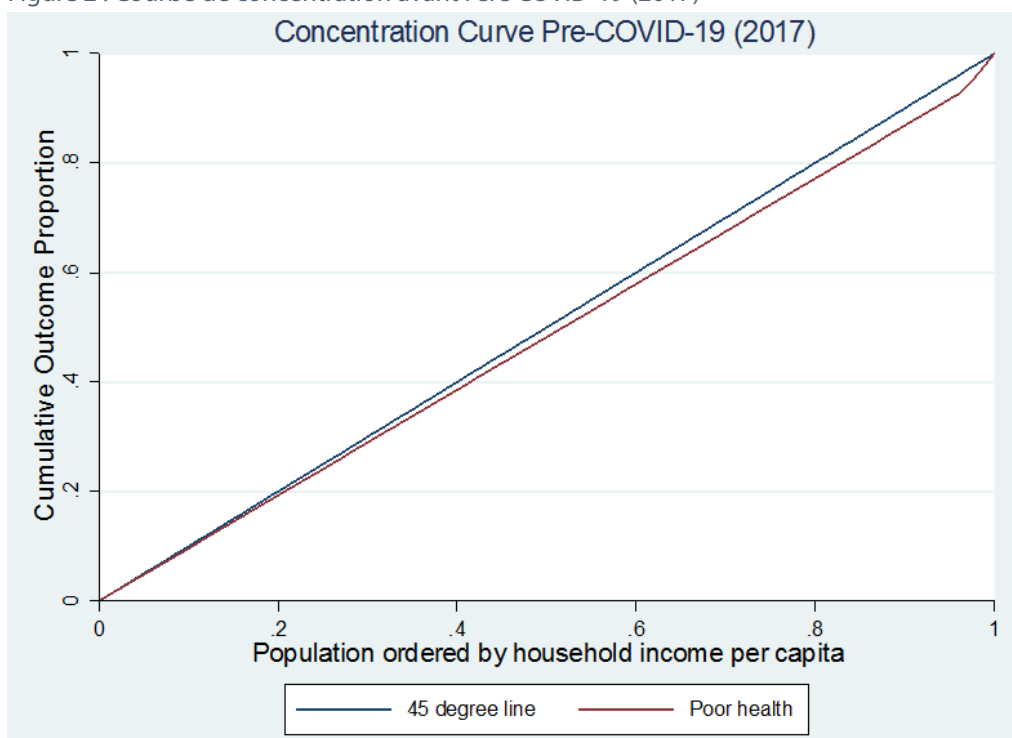
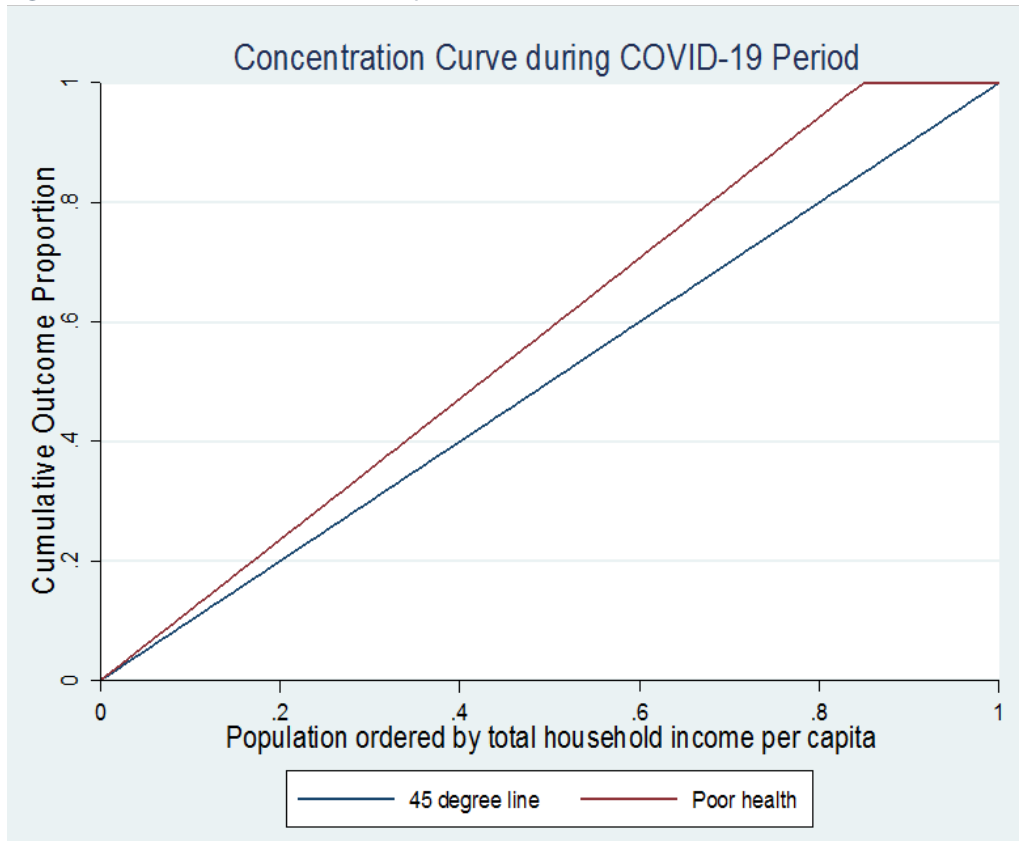


Figure 3 : Courbe de concentration pendant l'ère COVID-19 (2020)



## Estimations de différence dans les différences de l'impact de la subvention de sécurité sociale de l'Afrique du Sud (SASSG) sur la pauvreté des ménages

Les estimations de différence dans les différences, comparant l'évolution temporelle de la pauvreté des ménages des bénéficiaires et des non-bénéficiaires de SASSG (Tableau 2) tout en contrôlant les caractéristiques des ménages variables dans le temps, ont été présentées, ainsi que les résultats de la régression dans le texte principal et les résultats des facteurs influençant la pauvreté des ménages (régression logit à effets fixes) présentés dans le Tableau A1 (dans l'appendice). Le tableau 2 présente la pauvreté des ménages ; nous présentons dans la colonne 1 le résultat de la variable nominale de pauvreté issue de l'approche FGT. Dans les colonnes 2 et 3, nous avons également utilisé, comme proxy de la pauvreté, les réponses concernant le membre du ménage souffrant de la faim en raison du manque de nourriture ainsi que pour les enfants, respectivement. Deux conclusions impératives ressortent des résultats de notre estimation dans le tableau 2.

Tableau 2 : Estimations de la différence dans les différences de l'impact de la subvention de la sécurité sociale en Afrique du Sud (SASSG) sur la pauvreté des ménages

	Pauvreté (1/0)	Affamé par manque de nourriture	Les enfants souffrent de la faim à cause du manque de nourriture
Variables fictives post-pandémie, cycle 2020	0.201***	0.076***	0.298***
	(0.023)	(0.003)	(0.004)
Post - SASSG*	-0.163***	-0.028**	-0.111***
	0.007	0.011	0.020
Constant	0.100***	0.227***	0.149***
	0.023	0.041	0.013
Caractéristiques des individus et des ménages	Oui	Oui	Oui
Variables fictives provinciales	Oui	Oui	Oui
Effets fixes de district	Oui	Oui	Oui
Autres variables de contrôle	Oui	Oui	Oui
R-carré	0.32	0.18	0.23
Nombre	4056	4056	4056

Caractéristiques des individus et des ménages Oui Oui Oui Variables fictives provinciales Oui Oui Oui Effets fixes de district Oui Oui Oui Autres variables de contrôle Oui Oui Oui R-carré 0.320.180.23 Nombre 4056 4056 4056

Notes : Les estimations sont basées sur les données des ménages de l'Afrique du Sud NIDS 2017 et 2020 NIDS-CRAM. Toutes les estimations sont ajustées par des pondérations d'échantillonnage pour tenir compte des non-réponses dans l'enquête téléphonique. Les valeurs hors parenthèses sont associées aux coefficients décrits dans l'équation 1. Les valeurs entre parenthèses sont des erreurs types.

Tout d'abord, la proportion de ménages pauvres a augmenté de 20,1 points de pourcentage dans le cycle 2020 par rapport à la période 2017 (colonne 1, ligne 2). En outre, la proportion de membres du ménage qui souffrent de la faim en raison du manque de nourriture a augmenté de 7,6 points de pourcentage et la proportion spécifique d'enfants a augmenté de 29,8 points de pourcentage (colonnes 2 & 3). Deuxièmement, l'inclusion de l'enquête SASSG a permis de contrebalancer de manière significative toutes les altérations négatives induites par l'enquête COVID-19. En outre, l'ampleur du coefficient  $\theta_1$  était de -0,163 dans la colonne 1 (ligne 3), ce qui indique que le fait de bénéficier de la SASSG a réduit de manière significative la probabilité que le ménage soit pauvre de 16,3 points de pourcentage. Des études antérieures (Awan et al., 2022 ; Pouw & Bender, 2022 ; Ecker et al., 2023) ont montré que l'accès à la protection sociale joue un rôle de protection pour les ménages en réduisant la pauvreté, en particulier dans le contexte de chocs tels que la pandémie de COVID-19 et lorsque les interventions de protection sociale sont efficaces dans les systèmes de ciblage. En revanche, l'ajout de coefficients  $\theta_0$  et  $\theta_1$  ensemble, montrent que la probabilité de devenir pauvre a augmenté de 20,1 points de pourcentage pour les ménages non SASSG et de 3,8 (= 20,1 moins 16,3) points de pourcentage pour les

ménages SASSG. Cependant, le résultat de la colonne 3 montre que l'inclusion de SASSG a réduit de -0,028 la probabilité qu'un membre du ménage souffre de la faim en raison d'un manque de nourriture. Le résultat suggère qu'en termes d'ampleur, le fait de recevoir la SASSG réduit de manière significative la probabilité que le membre du ménage souffre de la faim par manque de nourriture de 2,8 points de pourcentage. Parallèlement, les résultats de la colonne 4 indiquent que la probabilité que les enfants souffrent de la faim en raison d'un manque de nourriture diminue de 11,1 points de pourcentage.

## Estimations de différence dans les différences de l'impact de la subvention de sécurité sociale de l'Afrique du Sud (SASSG) sur l'état de santé auto déclaré

Le tableau 3 présente les estimations comparant l'évolution temporelle de l'état de santé des bénéficiaires et des non-bénéficiaires de la SASSG tout en contrôlant les caractéristiques du ménage invariants dans le temps. La colonne 2 du tableau 3 présente les résultats de l'état de santé auto déclaré des personnes interrogées ; nous calculons l'état de santé par approximation en recatégorisant l'état de santé autoévalué en « mauvais » et « autre », l'état de santé indiquant « mauvais » et « moyen » étant tous deux considérés comme « mauvais » et 0 autrement. À l'instar des résultats du tableau 2, deux conclusions impératives se dégagent de notre estimation (tableau 3). Premièrement, la proportion de répondants en mauvaise santé dans les ménages a augmenté de 26,7 points de pourcentage en 2020 par rapport à la période précédente, en 2017 (colonne 1, ligne 2). Deuxièmement, l'inclusion dans le SASSG neutralise de manière significative les effets négatifs induits par le COVID-19. L'ampleur du coefficient  $\theta_1$  est -0.116 dans la colonne 1 (ligne 3), montrant que le fait de bénéficier de la SASSG réduit significativement la probabilité d'être en mauvaise santé de 11,6 points de pourcentage. En outre, l'ajout de coefficients  $\theta_0$  et  $\theta_1$  indique que la probabilité de devenir pauvre a augmenté de 26,7 points de pourcentage pour les ménages non-SASSG et de 15,1 (= 26,7 moins 11,6) points de pourcentage pour les ménages SASSG. Dans l'ensemble, les résultats montrent que l'accès à la subvention de la sécurité sociale sud-africaine (SASSG) réduit considérablement la probabilité d'un mauvais état de santé en Afrique du Sud.

Tableau 3 : Estimations de différences dans les différences de l'impact de la subvention de la sécurité sociale sud-africaine (SASSG) sur l'état de santé auto déclaré

	Mauvaise santé
Variables fictives post-pandémie, cycle 2020	0.267***
	0.022
Post - SASSG*	-0.116***
	(0.028)
Constant	0.223***
	0.007
Caractéristiques des individus et des ménages	Oui
Variables fictives provinciales	Oui
Effets fixes sur le district	Oui
Autres variables de contrôle	Oui
R-carré	0.22
Nombre	4056

Notes : Les estimations sont basées sur les données des ménages de l'Afrique du Sud NIDS 2017 et 2020 NIDS-CRAM. Toutes les estimations sont ajustées par des poids d'échantillonnage pour tenir compte des non-réponses dans l'enquête téléphonique. Les valeurs hors parenthèses sont associées aux coefficients décrits dans l'équation 2. Les valeurs entre parenthèses sont des erreurs types.

## 5. Conclusion et implications politiques

La littérature sur l'impact de la protection sociale, de la pauvreté et des inégalités de santé relatives aux revenus en Afrique du Sud est relativement rare et fournit des preuves mitigées. Pour démontrer l'existence d'impacts évidents résultant d'un processus dynamique déclenché par des mesures de réduction de la pauvreté pendant la pandémie de COVID-19 en Afrique du Sud, cette étude a utilisé NIDS-2017 et NIDS-CRAM-2021 pour étudier l'impact de la participation à la subvention de sécurité sociale de l'Afrique du Sud (SASSG) sur l'état de pauvreté et l'inégalité de santé liée au revenu, afin d'étudier empiriquement : (1) l'état de pauvreté des ménages sud-africains ; (2) les inégalités de santé liées au revenu parmi les ménages ; (3) les facteurs influençant l'accès aux programmes de protection sociale ( SASSG), et (4) l'impact de la participation aux SASSG sur la pauvreté ainsi que sur les inégalités liées au revenu dans le cadre de la pandémie de COVID-19. Notre analyse aboutit à cinq conclusions principales, entre autres. Premièrement, la pauvreté et l'inégalité des revenus existent parmi les ménages sud-africains. Deuxièmement, la pandémie de COVID-19 a fait basculer certains ménages dans la pauvreté et a également accru les inégalités de santé liées aux revenus. Troisièmement, les résultats estimés pour les périodes antérieure et postérieure à la pandémie COVID-19 ont donné un aperçu unique des trajectoires politiques vers la réduction de la pauvreté. Quatrièmement, la participation aux subventions de sécurité sociale en Afrique du Sud (SASSG) a contribué à réduire la pauvreté ainsi que les inégalités liées aux revenus. Cinquièmement, l'étude met en évidence le rôle d'autres facteurs dans la pauvreté et les inégalités en Afrique du Sud. Sur la base de nos résultats, nous concluons que l'accès à la protection sociale (SASSG) est important pour amortir l'impact négatif de la pandémie de COVID-19 sur la pauvreté et les inégalités de revenus en Afrique du Sud. Par conséquent, étant donné que la pauvreté est un fléau qui nécessite une attention particulière, nous recommandons que, pour une réduction plus efficace de la pauvreté et des inégalités en Afrique du Sud pendant et après la période du COVID-19, une stratégie de réduction de la pauvreté favorable à la croissance, dans laquelle les interventions ciblent spécifiquement la réduction de la pauvreté, telles que les subventions de protection sociale (SASSG), soit mise en œuvre, contribuant ainsi à la reprise économique et à une croissance économique rapide en Afrique du Sud.

## Remarques

1. L'état de santé auto-déclaré fait référence à l'évaluation ou à la perception qu'a un individu de sa propre santé. Il est généralement mesuré au moyen d'enquêtes ou de questionnaires qui demandent aux individus d'évaluer leur état de santé sur une échelle telle qu'excellent, bon, moyen ou médiocre.
2. Nous avons calculé l'indice de concentration avant et après COVID-19 et tracé les courbes de Lorenz correspondantes .
3. Nous avons estimé l'impact du SASSG sur le risque de tomber en mauvaise santé (auto déclaré) en utilisant la Stratégie de l'identification DiD avec l'approche EF et la procédure de régression logistique .
4. En raison d'une augmentation de l'échantillon lors de la vague 5 de l'enquête NIDS en raison d'une attrition non aléatoire (entraînant une augmentation de la population blanche, indienne et à revenu élevé), et du fait que le NIDS-CRAM était basé sur l'échantillon de la vague 5 de l'enquête NIDS, une comparaison appropriée serait entre les ensembles de données de la vague 5 de l'enquête NIDS (et non des vagues antérieures de l'enquête NIDS) et ceux du NIDS-CRAM.
5. Les tableaux A2, A3 et A5 (en annexe) présentent une analyse complémentaire de la pauvreté à l'intention des lecteurs intéressés.
6. Les principales subventions de sécurité sociale sud-africaines (SASSG) prises en compte sont les suivantes : subvention de soutien à l'enfance (CSG), subvention pour les personnes âgées (OAP), subvention pour les personnes handicapées, subvention pour les enfants accueillis, subvention pour les personnes dépendantes, R350 COVID-19 soulagement social de la détresse, subvention d'aide, et NSFAS [programme national d'aide financière pour les étudiants].
7. Nous examinons plus en détail l'état de santé dans les tableaux A1, A2 et A6 (en annexe).

## Références

- Abdoul-Azize, H.T. and R. El Gamil. 2021. "Social protection as a key tool in crisis management: Learnt lessons from the COVID-19 pandemic". *Global Social Welfare*, 8: 107–16.
- Ajibo, H. 2020. "Effect of COVID-19 on Nigerian socio-economic well-being, health sector pandemic preparedness and the role of Nigerian social workers in the war against COVID-19". *Social Work in Public Health*, 35: 511–22.
- Akseer, N., G. Kandru, E.C. Keats, and Z.A. Bhutta. 2020. "COVID-19 pandemic and mitigation strategies: Implications for maternal and child health and nutrition". *The American journal of clinical nutrition*, 112: 251–56.
- Aktar, M.A., M.M. Alam, and A.Q. Al-Amin. 2021. "Global economic crisis, energy use, CO2 emissions, and policy roadmap amid COVID-19". *Sustainable Production Consumption*, 26: 770–81.
- Alhashimi, H., A. Fiallo, T.-S. Freckleton, M.A. Khalil, V. Mulachela, and J. Viera. 2021. *The Future of Diplomacy after COVID-19: Multilateralism and the Global Pandemic*. London, UK: Routledge.
- Amimo, F., B. Lambert, A. Magit, and M. Hashizume. 2021. "A review of prospective pathways and impacts of COVID-19 on the accessibility, safety, quality, and affordability of essential medicines and vaccines for universal health coverage in Africa". *Globalization health*, 17: 1–15.
- Andam, K., H. Edeh, V. Oboh, K. Pauw, and J. Thurlow. 2020. "Impacts of COVID-19 on food systems and poverty in Nigeria". *Advances in Food Security and Sustainability*, 5: 145.
- Arndt, C., R. Davies, S. Gabriel, L. Harris, K. Makrelow, S. Robinson, S. Levy, W. Simbanegavi, D. van Seventer, and L. Anderson. 2020. "COVID-19 lockdowns, income distribution, and food security: An analysis for South Africa". *Global Food Security*, 26: 100410.
- Awan, M.S., I. Sánchez-Juárez, and M. Waqas. 2022. "Social protection expenditures, poverty, inequality, and economic growth in Pakistan". *Paradigma económico, Revista de economía regional y sectorial*, 14: 57–75.
- Awotide, B., T. Abdoulaye, A. Alene, and V.M. Manyong. 2015. "Impact of access to credit on agricultural productivity: Evidence from smallholder cassava farmers in Nigeria". Conference Paper/ Presentation; DOI: 10.22004/ag.econ.210969 <https://ageconsearch.umn.edu/record/210969/>
- Bambra, C., R. Riordan, J. Ford, and F. Matthews. 2020. "The COVID-19 pandemic and health inequalities". *Epidemiol Community Health*, 74: 964–68.
- Banks, L.M., C. Davey, T. Shakespeare, and H. Kuper. 2021. "Disability-inclusive responses to COVID-19: Lessons learnt from research on social protection in low- and middle-income countries". *World development*, 137: 105178.

- Bartik, A.W., M. Bertrand, Z. Cullen, E.L. Glaeser, M. Luca, and C. Stanton. 2020. "The impact of COVID-19 on small business outcomes and expectations". *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117: 17656–66.
- Blundell, R., M. Costa Dias, R. Joyce, and X. Xu. 2020. "COVID-19 and inequalities". *Fiscal studies*, 41: 291–319.
- Busso, M., J. Camacho, J. Messina, and G. Montenegro. 2021. "Social protection and informality in Latin America during the COVID-19 pandemic". *PloS one*, 16: e0259050.
- Cai, Y.-J. and T.-M. Choi. 2020. "A United Nations' Sustainable Development Goals perspective for sustainable textile and apparel supply chain management". *Transportation Research Part E: Logistics Transportation Review*, 141: 102010.
- Cooper, S., H. van Rooyen, and C.S. Wiysonge. 2021. "COVID-19 vaccine hesitancy in South Africa: How can we maximize uptake of COVID-19 vaccines?" *Expert review of vaccines*, 20: 921–33.
- Corral, P. and R. Gatti. 2020. "21 accumulation interrupted: COVID-19 and human capital among the young". *COVID-19 in Developing Economies*, 286.
- Das, M. 2021. "Vulnerability to food insecurity: A decomposition exercise for rural India using the expected utility approach". *Social Indicators Research*, 156: 167–99.
- Dieppe, A. 2021. *Global Productivity: Trends, Drivers, and Policies*. Washington, D.C.: World Bank Publications.
- Dutta, A. and H.W. Fischer. 2021. "The local governance of COVID-19: Disease prevention and social security in rural India". *World Development*, 138: 105234.
- Ecker, O., H. Alderman, A.R. Comstock, D.D. Headey, K. Mahrt, and A. Pradesha. 2023. *Mitigating Poverty and Undernutrition through Social Protection: A Simulation Analysis of the COVID-19 Pandemic in Bangladesh and Myanmar*. Applied Economic Perspectives Policy Brief.
- Fagbemi, F. 2021. "COVID-19 and sustainable development goals (SDGs): An appraisal of the emanating effects in Nigeria". *Research in Globalization*, 3: 100047.
- Foster, G., C. Olsen, and T. Shevlin. 1984. "Earnings releases, anomalies, and the behavior of security returns". *Accounting Review*, 574–603.
- Foster, J.E. and A.F. Shorrocks. 1988. "Poverty orderings and welfare dominance". In *Distributive Justice and Inequality: A Selection of Papers Given at a Conference, Berlin, May 1986*, pp. 91–110. Berlin: Springer.
- Graetz, D., A. Agulnik, R. Ranadive, Y. Vedaraju, Y. Chen, G. Chantada, M.L. Metzger, S. Mukkada, L.M. Force, P. Friedrich, and A. Health. 2021. "Global effect of the COVID-19 pandemic on paediatric cancer care: A cross-sectional study". *The Lancet*, 5(5): 332–40.
- Heidkamp, R.A., E. Piwoz, S. Gillespie, E.C. Keats, M.R. D'Alimonte, P. Menon, J.K. Das, A. Flory, J.W. Clift, and M.T. Ruel. 2021. "Mobilising evidence, data, and resources to achieve global maternal and child undernutrition targets and the Sustainable Development Goals: An agenda for action". *The Lancet*, 397(10282): 1400–1418.
- Hillis, S.D., H.J.T. Unwin, Y. Chen, L. Cluver, L. Sherr, P.S. Goldman, O. Ratmann, C.A. Donnelly, S. Bhatt, and A. Villaveces. 2021. "Global minimum estimates of children affected by COVID-19-associated orphanhood and deaths of caregivers: A modelling study". *The Lancet*, 398: 391–402.
- Kakwani, N., A. Wagstaff, and E. Van Doorslaer. 1997. "Socioeconomic inequalities in health: Measurement, computation, and statistical inference". *Journal of econometrics*, 77: 87–103.
- Krstic, K., R. Westerman, V.K. Chattu, N.V. Ekkert, and M. Jakovljevic. 2020. "Corona-triggered global macroeconomic crisis of the early 2020s". Multidisciplinary Digital Publishing Institute.

- Lal, A., N.A. Erondy, D.L. Heymann, G. Gitahi, and R. Yates. 2020. "Fragmented health systems in COVID-19: Rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage". *The Lancet*. Online.
- Lal, A., N.A. Erondy, D.L. Heymann, and G. Gitahi. 2021. "Fragmented health systems in COVID-19: Rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage". *The Lancet*, 397: 61–67.
- Mbunge, E. 2020. "Effects of COVID-19 in South African health system and society: An explanatory study". *Diabetes Metabolic Syndrome: Clinical Research Reviews*, 14: 1809–14.
- Mendez-Lopez, A., D. Stuckler, M. McKee, J.C. Semenza, and J.V. Lazarus. 2022. "The mental health crisis during the COVID-19 pandemic in older adults and the role of physical distancing interventions and social protection measures in 26 European countries". *SSM-population health*, 17: 101017.
- Micinski, N.R. 2021. *UN Global Compacts: Governing Migrants and Refugees*. Berlin: Routledge.
- Mishra, V., G. Seyedzenouzi, A. Almohtadi, T. Chowdhury, A. Khashkhasha, A. Axiq, W.Y.E. Wong, and A. Harky. 2021. "Health inequalities during COVID-19 and their effects on morbidity and mortality". *Journal of healthcare leadership*, 13: 19.
- Morgan, Peter J. and Trinh, Long Q., *Impacts of COVID-19 on Households in ASEAN Countries and Their Implications for Human Capital Development (March 9, 2021)*. ADBI Working Paper 1226, Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3870909> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3870909>
- Nwosu, C.O. and A. Oyenubi. 2021. "Income-related health inequalities associated with the coronavirus pandemic in South Africa: A decomposition analysis". *International Journal for Equity in Health*, 20: 1–12.
- O'donnell, O., E. Van Doorslaer, R.P. Rannan-Eliya, A. Somanathan, S.R. Adhikari, B. Akkazieva, D. Harbianto, C.C. Garg, P. Hanvoravongchai, and A.N. Herrin. 2008. "Who pays for health care in Asia?" *Journal of health economics*, 27: 460–75.
- Obisesan, A.A. 2013. "Credit accessibility and poverty among smallholder cassava farming households in South West, Nigeria". *Greener Journal of Agricultural Sciences*, 3: 120–27.
- Ogisi, O.R.D. and T. Begho. 2021. "COVID 19: Ramifications for progress towards the sustainable development goals (SDGs) in Nigeria". *International Review of Applied Economics*, 35: 256–68.
- Okoi, O. and T. Bwawa. 2020. "How health inequality affect responses to the COVID-19 pandemic in sub-Saharan Africa". *World Development*, 135: 105067.
- Omotayo, A.O., A.B. Omotoso, A.S. Daud, A.I. Ogunniyi, and K.O. Olagunju. 2020. "What drives households' payment for waste disposal and recycling behaviours? Empirical evidence from South Africa's General Household Survey". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17: 7188.
- Omotayo, A.O., K.O. Olagunju, A.B. Omotoso, A.I. Ogunniyi, O.A. Otekunrin, and A.S. Daud. 2021. "Clean water, sanitation and under-five children diarrhea incidence: Empirical evidence from the South Africa's General Household Survey". *Environmental Science and Pollution Research*, 28(44): 63150–62.
- Orrù, R. 2020. "La risposta all'emergenza al Coronavirus nell'Africa subsahariana: Riflessioni a partire dall'esperienza del Sudafrica". *DPCE Online* 43.

- Ortiz Juarez, E., Sumner, A., & Hoy, C. (2020). Estimates of the impact of COVID-19 on global poverty. (WIDER Working Paper 2020/43). <https://doi.org/10.35188/UNU-WIDER/2020/800-9>
- Ozili, P.K. 2021. "COVID-19 pandemic and economic crisis: The Nigerian experience and structural causes". *Journal of Economic Administrative Sciences*, 37: 401–18.
- Posel, D., A. Oyenubi, and U. Kollamparambil. 2021. "Job loss and mental health during the COVID-19 lockdown: Evidence from South Africa". *PLoS One*, 16: e0249352.
- Pouw, N. and K. Bender. 2022. "The poverty reduction effect of social protection: The pros and cons of a multidisciplinary approach". *The European Journal of Development Research*, 34: 2204–23
- Pradervand, P. and R. Van der Elst. 2008. "Assessment of the charter-boat fishery in KwaZulu-Natal, South Africa". *African Journal of Marine Science*, 30: 101–12.
- Propper, C., G. Stoye, and B. Zaranko. 2020. "The wider impacts of the coronavirus pandemic on the NHS". *Fiscal Studies*, 41: 345–56.
- Rutayisire, E., G. Nkundimana, H.K. Mitonga, A. Boye, and S. Nikwigize. 2020. "What works and what does not work in response to COVID-19 prevention and control in Africa". *International Journal of Infectious Diseases*, 97: 267–69.
- Schwettmann, J. 2020. COVID-19 and the Informal Economy. Impact Response Strategies in sub-Saharan Africa. Berlin: Friedrich Ebert Stiftung.
- Sen, A. 1976. "Poverty: An ordinal approach to measurement". *Econometrica*, 44(2): 219–31.
- Sumner, A., C. Hoy, and E. Ortiz-Juarez. 2020. "Estimates of the impact of COVID-19 on global poverty". WIDER Working Paper No. 43/2020. UNU-WIDER.
- Tsalis, T.A., K.E. Malamateniou, D. Koulouriotis, and J.E. Nikolaou. 2020. "New challenges for corporate sustainability reporting: United Nations' 2030 agenda for sustainable development and the sustainable development goals". *Corporate Social Responsibility Environmental Management*, 27: 1617–29.
- Van Bavel, J.J., K. Baicker, P.S. Boggio, V. Capraro, A. Cichocka, M. Cikara, M.J. Crockett, A.J., Crum, K.M. Douglas, J.N. Druckman, et al. 2020. "Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response". *Nature Human Behaviour*, 4: 460–71.
- Visagie, J. and I. Turok. 2021. Rural-urban inequalities amplified by COVID-19: Evidence from South Africa. *Area Development and Policy*, 6: 50–62.
- Wagstaff, A., E. Van Doorslaer, and P. Paci. 1989. "Equity in the finance and delivery of health care: Some tentative cross-country comparisons". *Oxford review of economic policy*, 5: 89–112.
- Workie, E., J. Mackolil, J. Nyika, and S. Ramadas. 2020. "Deciphering the impact of COVID-19 pandemic on food security, agriculture, and livelihoods: A review of the evidence from developing countries". *Current Research in Environmental Sustainability*, 100014.
- World Health Organization (WHO). 2019. *The State of Food Security and Nutrition in the World 2019: Safeguarding against Economic Slowdowns and Downturns*. Rome: Food and Agriculture Organization.
- Zuma, P.J. and Ramaphosa, C., 2014. From Wikipedia, the free encyclopedia Jump to: navigation, search This article is about the modern country. For other uses, see South Africa (disambiguation). *Ethnic groups*, 3(80.2), pp.80-2. [https://web.archive.org/web/20160630000642/https://en.wikipedia.org/wiki/South\\_Africa](https://web.archive.org/web/20160630000642/https://en.wikipedia.org/wiki/South_Africa).

## Annexe

Prévalence d'un mauvais état de santé par quintiles, comparaison entre l'ère pré-COVID-19 et l'ère COVID-19

Tableau A1 : Prévalence d'une mauvaise santé par quintiles de revenu des ménages par habitant [PCHI] en pourcentage (%)

Quintiles	Avant-COVID-19	Pendant COVID-19
1	9.31	38.56
2	9.42	29.55
3	11.22	28.89
4	10.23	23.45
5	6.51	20.34
Population	9.04	27.45

Notes : Estimations de la vague 5 du NIDS pondérées par les poids de stratification a posteriori de la vague 5 ; estimations du NIDS-CRAM pondérées par les poids de conception du NIDS-CRAM.

Tableau A2 : Prévalence de la mauvaise santé par quintiles de revenu des ménages par habitant [PCHI] en pourcentage (%) dans le contexte de l'accès à la subvention de la sécurité sociale sud-africaine (SASSG).

Quintiles	Bénéficiaires de la SASSG	Non-bénéficiaires de la SASSG
1	17.90	28.22
2	15.22	27.41
3	10.93	23.33
4	10.14	18.12
5	9.70	10.22
Population	8.22	25.33

Notes : Estimations de la vague 5 de l'enquête NIDS pondérées par les poids de stratification a posteriori de la vague 5 ; estimations de l'enquête NIDS-CRAM pondérées par les poids de conception de l'enquête NIDS-CRAM.

Tableau A3 : Décomposition de l'indice de tête de la pauvreté ( $\alpha=0$ )

Variable	Groupe	Avant-COVID-19		Durant COVID-19	
		Proportion	Taux de pauvreté ( $\alpha=0$ )	Proportion	Taux de pauvreté ( $\alpha=0$ )
Âge	15-29	43.0	0.044	40.3	0.093
	30-39	23.8	0.062	25.9	0.242
	40-49	13.5	0.102	15.5	0.225
	50-59	10.6	0.087	11.4	0.145
	60-69	4.7	0.099	4.8	0.103
	70 et plus	4.4	0.022	2.1	0.045
	Population totale	100.0	0.208	100.0	0.334
État civil	Marié(e)	41.7	0.096	43.72	0.195
	Non mariés	58.3	0.087	56.28	0.124
	Population totale	100.0	0.208	100.0	0.234
Genre	Homme	38.4	0.130	39.2	0.299
	Femmes	61.6	0.233	60.8	0.123
	Population totale	100.0	0.208	100.0	0.334
Éducation	Pas de scolarisation	9.7	0.478	10.4	0.499
	Primaire	20.6	0.221	21.8	0.310
	Secondaire	42.1	0.136	41.9	0.189
	Tertiaire	27.6	0.055	25.9	0.078
	Population totale	100.0	0.208	100.0	0.334
Race	Africains/Noirs	86.49	0.456	82.49	0.583
	De couleur	8.39	0.123	7.69	0.210
	Asiatique/Indien	0.75	0.089	0.78	0.123
	Blancs	4.28	0.021	4.33	0.023
	Population totale	100.0	0.208	100.0	0.334
Emploi	Inactifs sur le plan économique	39.1	0.156	42.9	0.331
	Chômeurs	11.6	0.067	22.4	0.198
	Employés	49.3	0.027	34.7	0.056
	Population totale	100.0	0.208	100.0	0.334

suite page suivante

Tableau A3 Continué

Variable	Groupe	Avant-COVID-19		Durant COVID-19	
		Proportion	Taux de pauvreté ( $\alpha=0$ )	Proportion	Taux de pauvreté ( $\alpha=0$ )
Province	Western Cape	11.0	0.166	12.25	0.183
	Eastern Cape	10.6	0.182	9.60	0.199
	Northern Cape	4.3	0.245	5.77	0.345
	Free State	5.7	0.208	5.89	0.256
	KwaZulu-Natal	24.5	0.304	27.02	0.346
	North West	7.3	0.192	5.78	0.341
	Gauteng	18.9	0.152	14.52	0.234
	Mpumalanga	8.8	0.176	8.90	0.201
	Limpopo	8.9	0.122	10.27	0.178
	Population totale	100.0	0.208	100.0	0.334
Zone géographique	Traditional	30.7	0.205	31.42	0.224
	Urbain	63.7	0.135	65.76	0.149
	ferme	5.6	0.198	2.81	0.203
	Population totale	100.0	0.208	100.0	0.334
État de la SASSG	Bénéficiaire	34.89	0.029	69.49	0.234
	Non-bénéficiaire	69.49	0.339	34.89	0.401
	Population totale	100.0	0.208	100.0	0.334

Tableau A4: Facteurs influençant l'accès à la subvention de sécurité sociale de l'Afrique du Sud (SASSG)

Variabes	Coef.	Erreur type	z	P>z	Effet marginal	Erreur type
Genre (1=homme)	0.390	0.062	6.24	0.000	0.094***	0.015
Âge (années)	0.006	0.002	2.60	0.009	0.001***	0.001
Taille du ménage	0.049	0.016	3.03	0.002	0.012***	0.004
Nombre de membres âgés de 18 à 60 ans	-0.092	0.028	-3.26	0.001	-0.023***	0.007
Nombre de membres de plus de 60 ans	0.081	0.054	1.50	0.134	0.020	0.013
Zone géographique (référence = urbaine)						
Ferme	-0.144	0.177	-0.81	0.415	-0.035	0.042
Traditionnel	0.155	0.067	2.32	0.020	0.038**	0.017
Situation professionnelle (référence = salarié)						
Inactifs sur le plan économique	1.043	0.079	13.13	0.000	0.255***	0.019
Chômeurs	0.374	0.087	4.29	0.000	0.093***	0.022
Race (Référence = Blanc)						
Africains/Noirs	1.418	0.198	7.16	0.000	0.293***	0.032
Coloré	0.677	0.220	3.09	0.002	0.168***	0.054
Asiatique/Indien	0.657	0.434	1.51	0.130	0.163	0.105
Niveau d'études (référence = tertiaire)						
Pas d'école	-0.415	0.064	-6.48	0.000	-0.101***	0.015
Primaire	0.198	0.180	1.10	0.272	0.049	0.045
Secondaire	0.142	0.086	1.63	0.103	0.093	0.095
Classe de richesse (référence = quintiles 5)						
Quintiles 1	0.702	0.101	6.95	0.000	0.173***	0.025
Quintiles 2	1.074	0.120	8.98	0.000	0.262***	0.027
Quintiles 3	-1.152	0.108	10.69	0.000	-0.280***	0.025
Quintiles 4	-0.926	0.102	9.05	0.000	-0.227***	0.024
Ménage ayant souffert de la faim	0.005	0.074	0.07	0.948	0.002	0.018
Province (Référence = Limpopo)						
Western Cape	0.351	0.166	2.12	0.034	0.083**	-0.037
Eastern Cape	-0.152	0.118	-1.29	0.199	-0.037	-1.300
Northern Cape	-0.172	0.157	-1.10	0.272	-0.041	-1.120
Free State	0.036	0.143	0.25	0.801	0.009	0.250
KwaZulu-Natal	-0.027	0.092	-0.29	0.774	-0.006	-0.290
North West	-0.040	0.141	-0.28	0.777	-0.010	-0.280
Gauteng	-0.107	0.112	-0.96	0.340	-0.026	-0.960
Mpumalanga	0.320	0.122	2.63	0.009	0.076	-2.710
Constant	-2.574***	0.286	-8.97	0.000		

Tableau A5 : Déterminants de la pauvreté des ménages en Afrique du Sud

Variabes	Coef.	Erreur type.	z	P>z	Effet marginal	Erreur type
Genre (1=homme)	-0.117	0.064	-1.83	0.067	-0.027*	0.015
Âge (années)	-0.018	0.003	-6.71	0.000	-0.004***	0.001
Taille du ménage	0.319	0.021	15.45	0.000	0.073***	0.005
Nombre de membres âgés de 18 à 60 ans	0.008	0.035	0.24	0.810	0.002	0.008
Nombre de membres de plus de 60 ans	-0.260	0.059	-4.39	0.000	-0.059***	0.013
Zone géographique (référence = urbaine)						
Ferme	-0.144	0.177	-0.81	0.415	-0.035	0.042
Traditional	0.155	0.067	2.32	0.020	0.038**	0.017
Statut d'emploi (Référence = Employé)						
Inactif économiquement	0.863	0.089	9.68	0.000	0.180***	0.017
Chômeur	1.082	0.107	10.15	0.000	0.209***	0.016
Race (Référence = Blanc)						
Africain/Noir	-0.159	0.161	-0.98	0.325	-0.036	0.035
Coloré	-0.157	0.191	-0.82	0.411	-0.036	0.045
Asiatique/Indien	-1.842	0.457	-4.03	0.000	-0.423***	0.081
Éducation (référence = tertiaire)						
Pas d'école	0.484	0.078	6.24	0.000	0.111***	0.018
Primaire	-0.145	0.096	-1.51	0.130	-0.034	0.022
Secondaire	-0.504	0.202	-2.50	0.012	-0.106**	0.038
Ménage ayant souffert de la faim	0.822	0.086	9.61	0.000	0.170***	0.016
Province (Référence = Limpopo)						
Western Cape	-0.531	0.158	-3.35	0.001	-0.127***	0.039
Eastern Cape	-0.563	0.124	-4.53	0.000	-0.135***	0.031
Northern Cape	-0.784	0.158	-4.96	0.000	-0.190***	0.039
Free State	-0.388	0.145	-2.67	0.008	-0.092***	0.036
KwaZulu-Natal	-0.114	0.103	-1.10	0.270	-0.026	0.024
North West	-0.739	0.147	-5.01	0.000	-0.179***	0.037
Gauteng	-0.317	0.116	-2.74	0.006	-0.074***	0.028
Mpumalanga	-0.170	0.128	-1.33	0.185	-0.027	0.015
Constant	0.728	0.262	2.78	0.005		

Tableau A6 : Déterminants de l'état de santé dans l'ère de COVID-19

Variables	CI (Ck )	Élasticité ( $\eta_k$ )	Contribution ( $\eta_k C_k$ )	Contribution (%)
Genre (1=homme)	0.039***	0.180**	0.003	-2.98
	(0.001)	(0.089)	(0.001)	
Âge (années)	0.078***	0.301***	0.007	-6.89
	(0.005)	(0.001)	(0.004)	
Taille du ménage	0.310***	0.231	0.004	22.98
	(0.022)	(0.342)	(0.023)	
Zone géographique (référence = urbaine)				
Ferme	0.110***	0.111	0.014	42.11
	(0.001)	(0.112)	(0.031)	
Traditional	0.212	0.113	0.007	52.18
	(0.214)	(0.142)	(0.113)	
Statut d'emploi (Référence = Employé)				
Inactifs sur le plan économique	0.661***	0.456***	0.016	25.09
	(0.004)	(0.004)	(0.127)	
Chômeurs	0.336***	0.116	0.336	27.09
	(0.003)	(0.234)	(0.327)	
Race (Référence = Blanc)				
Africain/Noir	-0.345***	0.674***	-0.235***	-8.09
	(0.004)	(0.124)	(0.004)	
De couleur	0.078***	0.003	(0.008)	32.09
	0.023	(0.004)	(0.012)	
Asiatique/Indien	0.003	0.089	0.083	32.89
	0.002	(0.123)	(0.091)	

Notes : IC = Indice de concentration ; Estimations pondérées par les poids de conception de NIDS-CRAM. ; \*\*\* p < 0.01, \*\* p < 0.05, \* p < 0.1



## Mission

Renforcer les capacités des chercheurs locaux pour qu'ils soient en mesure de mener des recherches indépendantes et rigoureuses sur les problèmes auxquels est confrontée la gestion des économies d'Afrique subsaharienne. Cette mission repose sur deux prémisses fondamentales.

Le développement est plus susceptible de se produire quand il y a une gestion saine et soutenue de l'économie.

Une telle gestion est plus susceptible de se réaliser lorsqu'il existe une équipe active d'économistes experts basés sur place pour mener des recherches pertinentes pour les politiques.

Intégrer la rigueur et les données probantes dans l'élaboration des politiques économiques en Afrique

- Améliorer la qualité.
- Assurer la durabilité.
- Accroître l'influence.

[www.aercafrica.org/fr](http://www.aercafrica.org/fr)

Pour en savoir plus :



Contactez-nous :

Consortium pour la Recherche Économique en Afrique  
African Economic Research Consortium

Consortium pour la Recherche Économique en Afrique

Middle East Bank Towers,

3rd Floor, Jakaya Kikwete Road

Nairobi 00200, Kenya

Tel: +254 (0) 20 273 4150

[communications@ercafrica.org](mailto:communications@ercafrica.org)