U N I V E R S I T É M O N T P E L L I E R I

Faculté des Sciences Economiques

Ecole Doctorale Economie et Gestion

Laboratoire Montpelliérain d'Economie Théorique et Appliquée U.M.R. 5474

L'impact de la protection sociale sur le rendement des ressources humaines
Le cas du secteur informel au Sénégal

Thèse présentée pour obtenir le grade de

D O C T E U R D E L ' U N I V E R S I T E M O N T P E L L I E R I

Groupe des disciplines **Sciences Economiques** du CNU

Section 05

Soutenue publiquement le 11 janvier 2013

par

Farba NDOUR

Sous la direction de : Jean-Louis ESCUDIER

Rapporteurs : Dorothée BOCCANFUSO et Jean Paul DOMIN

J U R Y

Dorothée BOCCANFUSO	Professeur – Université de Sherbrooke -	Rapporteur
Jean Paul DOMIN	Maître de Conférence/UDR –Université de Reims	Rapporteur
Jean-Louis ESCUDIER	Chargé de Recherches CNRS/HDR	Directeur de thèse
Jean-Michel PLANE	Professeur – Université Montpellier 3	Examinateur
Claude DIEBOLT	Directeur de Recherches CNRS/HDR	Examinateur

« La faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur ».

ABREVIATIONS

- ACOPAM : Appui associatif et coopératif aux initiatives de développement à la base
- ADECRI : Agence pour le Développement et la Coordination des Relations Internationales
- AFRISTRAT : Observatoire Economique et Statistique de l'Afrique Subsaharienne
- AISS : Association Internationale de la Sécurité Sociale
- A.I.T.E.C. : Association internationale de Techniciens, Experts et Chercheurs
- AMO : Assurance Maladie Obligatoire
- ANSD : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
- APIX : Agence Nationale chargée de la Promotion des Investissements et des Grands Travaux
- AT : Accident de Travail
- BIT : Bureau International du Travail
- CAFSP : Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat
- CAMICS : Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé, IPM et Comités de Santé
- CCI : Chambre de Commerce et d'Industrie
- CCM : Commission de la Couverture Maladie
- CEDEAO : Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
- CNTS : Confédération Nationale des Travailleurs du Sénégal
- CSG : Contribution Sociale Généralisée
- CLEISS : Centre des Liaisons Européennes de Sécurité Sociale
- CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
- CNOPS : Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale
- CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale
- CNTS : Confédération Nationale des Travailleurs du Sénégal
- CSAO : Club du Sahel et de l'Afrique de l'Ouest
- CSS : Caisse de Sécurité Sociale
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CRDS : Contribution pour le Remboursement de la Dette Sociale
- DIAL : Développement Institutions et Analyses de Long terme
- DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques
- DPEE : Direction de la Prévision et des Etudes Economiques
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- EDC : Export Development Canada
- EUROSTAT : Office Statistique des Communautés Européennes
- ESIP : European Social Insurance Platform (Plateforme européenne des institutions de Protection sociale)
- FCFA : Franc de la Communauté Financière Africaine
- FNR : Fonds National de Retraite
- IAURIF : Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région d'Ile-de-France
- INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité
- IRDES : Institut de Recherche et Documentation de la Santé
- ISAARV : Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux
- Lemoci : Le moniteur du commerce international
- MFE : Maison des Français de l'Extérieur
- Mipes : Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion en Ile-de-France
- OCDE : Organisation de Coopération et de Développement économiques
- OIT : Organisation Internationale du Travail
- ONG : Organisation Non Gouvernementale

- ORSTOM : Office de Recherche Scientifique et Technique d'Outre Mer
- OSIRIS : Observatoire sur les Systèmes d'Information, les Réseaux et les Inforoutes au Sénégal
- OSHA : Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail
- PIB : Produit Intérieur Brut
- PHR : Partnerships for Health Reform Project
- PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
- RAMED : Régime d'Assistance Médicale
- RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat
- SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
- SNTTRS : Syndicat National des Travailleurs des Transporteurs Routiers du Sénégal
- STEP : Stratégies et Techniques de lutte contre l'Exclusion et la Pauvreté
- SYSCOA : Système Comptable Ouest Africain
- TI : Transparency International
- TDR: Test de Diagnostic Rapide
- TVA : Taxe sur la valeur ajoutée
- UNICEF : United Nations Children's Fund
- USAID: United States Agency for International Development

Remerciements

Je tiens à remercier très sincèrement Monsieur Jean-Louis ESCUDIER, mon directeur de thèse. J'ai eu une grande chance de pouvoir compter sur votre professionnalisme, votre disponibilité et votre patience. Soyez assuré de mon profond respect et de ma gratitude. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté.

Un grand Merci à Madame Dorothée BOCCANFUSO et Monsieur Jean-Paul DOMIN, les rapporteurs, pour le temps que vous avez consacré à la lecture de cette thèse. Vos remarques m'ont permis de comprendre à jamais ce que Monsieur ESCUDIER n'a cessé de me répéter : la rigueur indispensable à l'élaboration d'un travail scientifique.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à Monsieur Jean-Michel PLANE qui accepté de faire partie du Jury. Ayant le privilège de vous avoir comme professeur en Licence 3 et en Master 2, votre présence lors de ma soutenance m'honore.

je remercie sincèrement Monsieur Claude DIEBOLT d'avoir accepté d'être membre du jury.

Je tiens également à remercier infiniment de nombreuses personnes qui m'accompagnent dans tout ce que j'entreprends. Je tiens à leur exprimer ma reconnaissance.

A ma tendre mère qui s'est tellement battue pour que nous soyons heureux. Merci pour tes prières.

A Emilie, mon épouse, Ma Myli à moi. Merci d'avoir cru en moi. Merci pour ta patience, pour ton soutien sans faille, merci de bonifier mon existence.

A Ablaye, mon fils, la plus belle surprise de ma vie, ma lumière.

A tous mes frères et sœurs, de même que toute la grande famille.

A ma belle famille.

A tous mes amis.

Dédicace

C'est avec émotion que je dédie ce travail à mon père Abdoulaye NDOUR,
la source de ma motivation.
Que la terre de Fatick te soit légère.
Repose en paix

Impact de la protection sociale sur le rendement de ressources humaines. Le cas du secteur informel au Sénégal

Résumé : Eu égard les ressources financières conséquentes qu'elle mobilise, la protection sociale exerce une influence sur l'économie et sur les hommes. Son efficacité suscite de multiples débats, alimentés par le ralentissement économique, opposant partisans d'un libéralisme accru et défenseurs de davantage de justice sociale. Pour les premiers, le coût des dépenses sociales et leurs effets d'aubaine constituent un frein pour l'économie alors les seconds assimilent son apport à un levier indispensable au développement du capital humain. Cette thèse cherche à démontrer que les performances économiques et politiques sociales peuvent et doivent poursuivre des objectifs communs afin que le développement économique se traduise par le développement humain. Elle s'organise en deux parties comportant chacune trois chapitres. Dans un premier temps, suite à une démonstration mettant en exergue la forte corrélation entre niveau de développement économique et qualité des ressources humaines, seront mis en évidence deux positionnements contradictoires à propos de l'apport de la protection sociale sur l'économie et sur les hommes. A l'instar des autres pays en développement, au Sénégal, le secteur informel, représentant le poumon de l'économie malgré une faible productivité, est dépourvu de toute forme de couverture sociale moderne. Aboutissant à la conclusion que certaines composantes de la protection sociale, telle que l'assurance maladie, peuvent améliorer l'efficacité du capital humain, nous esquissons un schéma de couverture médicale applicable au secteur informel au Sénégal dans le cadre d'une assurance maladie obligatoire.

Mots clés : Protection sociale, Assurance maladie, secteur informel

The impact of social protection on human performance. The case of the informal sector in Senegal.

Abstract: Considering the substantial financial resources that social protection mobilizes, it exerts influences on the economy and population. Many debates are raised about its effectiveness, and these debates are sustained by the economic slowdown, that opposes supporters of an increased liberalism and those who are for some more social justice. For the former, the social spending cost and stroke of luck act as a brake on the economy while the latter compare its contribution to an essential lever for the development of human capital. This thesis tries to demonstrate that economic performance and social policies can and should pursue common goals, so that economic development should result in human development. It is divided into two parts, with three chapters in each. Firstly, two conflicting positions about the contribution of social protection on the economy and population will be brought out following a demonstration which underlines the strong correlation between the level of economic development and quality of human resources. Like the other developing countries, in Senegal the informal sector, which represents the hub of the economy, despite its low productivity, has no form of modern social coverage. Coming to the conclusion that some components of social protection, such as health insurance, can improve the effectiveness of human capital, we outline a scheme of medical coverage which can be applied to the informal sector in Senegal through compulsory health insurance.

Keywords: Social protection, Insurance, Informal sector

Sommaire

INTRODUCTION GENERALE **10**

PREMIERE PARTIE **24**

FONDEMENTS THEORIQUES **24**

CHAPITRE I : 25
CORRELATION ENTRE NIVEAU DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE ET QUALITE DES RESSOURCES HUMAINES D'UN PAYS 25
§1. La mesure du développement économique et de la productivité du travail *26*
§2. Corrélation entre niveau de développement économique et productivité du travail *38*
§1. La protection sociale : obstacle aux performances économiques *45*
§2. La protection sociale, indispensable au développement socioéconomique et humain *64*
CHAPITRE III : L'IMPACT DE L'ASSURANCE MALADIE SUR LA RENTABILITE DES HOMMES 102
§1. Santé et productivité *103*
§2. La nécessaire mise en place d'une assurance maladie *128*
équitable et efficace *128*

DEUXIEME PARTIE **139**

DIAGNOSTIC DE LA SITUATION SENEGALAISE ET PROPOSITIONS **139**

CHAPITRE IV : PRÉSENTATION DU PAYS ET DU DISPOSITIF FORMEL DE SÉCURITÉ SOCIALE 141
§1 : Caractéristiques économiques, démographiques et sanitaires *141*
§2. Le dispositif formel de protection sociale au Sénégal *159*
CHAPITRE V : ETUDE DE TERRAIN 171
§1. L'Etude du secteur informel *171*
§2. Protection sociale dans le secteur informel *180*
§3. Analyses des enquêtes et entretiens réalisés *190*
CHAPITRE VI : 203
MISE EN PLACE D'UN SYSTEME DE COUVERTURE MALADIE SPECIFIQUE AU SECTEUR INFORMEL DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE 203

CONCLUSION GENERALE **237**

ANNEXES **244**

BIBLIOGRAPHIE **281**

TABLE DES MATIERES **304**

INTRODUCTION GENERALE

D'après la définition européenne reprise par l'INSEE (2012) : « *la protection sociale recouvre tous les mécanismes institutionnels prenant la forme d'un système de prévoyance collective et/ou mettant en œuvre un principe de solidarité sociale, par lesquels les membres de la société sont protégés contre la réalisation d'un certain nombre de risques ou pour la satisfaction de besoins fondamentaux. Elle implique le versement de prestations sociales aux ménages confrontés à la réalisation de ces risques. La protection sociale comprendra donc l'ensemble de ces mécanismes qui garantissent le versement de prestations :*

- *l'assurance sociale et l'assistance sociale*
- *des régimes privés et des régimes publics d'assurance sociale*. »[1]

Elle englobe la Sécurité sociale reposant sur l'article 22 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 : «*Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale. Elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à la dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays* »[2].

Elément essentiel de sa politique, l'Organisation Internationale du Travail perçoit la protection sociale comme une nécessité pour l'accessibilité des soins et la garantie de la sécurité du revenu. Le B.I.T (2008) rappelait dans sa convention phare N°102 les neuf branches de la Sécurité sociale auxquelles il avait fixé des objectifs minima. Ces branches sont composées de :

- soins médicaux ;
- indemnités maladies ;
- prestations de chômage ;
- prestations en cas de vieillesse ;
- prestations en cas d'accidents de travail et de maladies professionnelles ;
- prestations d'invalidité ;
- prestations de survivants.

Ayant pour objectif d'aider les individus à faire face aux conséquences de la survenance des risques sociaux (maladie, invalidité, accidents de travail…), de lutter contre les inégalités sociales et la pauvreté mais aussi de renforcer la cohésion sociale. Elle mobilise

[1] INSEE (2012), « *Les administrations de Sécurité sociale - La protection sociale* », http://www.insee.fr/fr/themes/comptes-nationaux/default.asp?page=base_2000/documentation/methodologie/resume_nb4.htm#preambule

[2] Nations Unies « *Déclaration universelle des droits de l'homme* », http://www.un.org/fr/documents/udhr/

généralement d'importantes ressources financières et doit faire face aux contraintes liées à la concurrence, à l'évolution des besoins et des situations économiques. La protection sociale est également très souvent confrontée à un problème d'équilibre avec des dépenses sociales généralement en forte progression et des déficits à maitriser. Pour atteindre ses objectifs, la protection sociale combine deux logiques : l'assurance et l'assistance. La première finance les régimes sociaux grâce aux cotisations, ces dernières dépendant des revenus et influant directement sur la nature des prestations reçues. La logique assistance est fondée sur la solidarité et finance les prestations grâce aux prélèvements fiscaux, les cotisations étant peu élevées.

Les enjeux de la protection sociale sont très nombreux. Toutefois, les enjeux des pays industrialisés sont très différents de ceux des pays pauvres encore confrontés à un trop faible taux de couverture sociale. Selon VAN GINNEKEN (2005), si 20 à 40 % de la population des pays à revenus intermédiaires n'ont pas de couverture sociale, plus de 90 % de la population des pays à revenus faibles sont dépourvues de toute forme de protection sociale moderne.

Cette absence de protection sociale est particulièrement marquée en Afrique. Selon le rapport européen sur le développement 2010, la vulnérabilité est encore très présente dans ce continent avec la récurrence des conflits, un niveau de pauvreté très significatif qui contraste avec la faiblesse du développement humain. Une partie significative de la population africaine vit dans un environnement à risques menaçant leur existence. Sans protection sociale, ils sont parfois amenés à adopter des mesures accentuant davantage leur vulnérabilité comme le retrait des enfants à l'école.

La population la plus vulnérable englobe les travailleurs du secteur informel peinant à faire face aux accidents de travail, à l'absence d'un système de retraite et surtout à la maladie. Cette vulnérabilité face à la maladie est plus exacerbée chez ces travailleurs évoluant dans des conditions précaires et disposant de revenus pas suffisamment significatifs et réguliers pour accéder aux services de soins et de la prévention.

Utilisée depuis longtemps dans les pays industrialisés et de plus en plus envisagée dans les pays en développement, la protection sociale doit donc concilier les objectifs de croissance et d'équité, sa « faisabilité budgétaire ». Cependant, sa capacité à atteindre ses objectifs et son impact sur les hommes et sur l'épargne génèrent certaines interrogations (ARJONA et al, 2002). En effet, les régimes sociaux, généralement déficitaires, apparaissent pour de nombreux économistes comme un frein à la compétitivité et à l'emploi (VUILLEMEY, 2008), pouvant fortement dégrader le travail (MAJNONI D'INTIGNANO, 1997). D'autres proposent des solutions alternatives jugées plus adéquates et plus efficaces

pour atteindre les objectifs fixés par la protection sociale. C'est le cas de DOLLAR et KRAAY (2001) faisant de la croissance économique et du commerce le principal outil pour accéder au développement économique et lutter efficacement contre les inégalités sociales nationales et internationales. Ce positionnement s'oppose à celui de HOLZMANN et JORGENSEN (2000) considérant la protection sociale comme un outil indispensable à la lutte contre la pauvreté et à la valorisation du capital humain. Pour l'OCDE (2009), son association avec l'emploi est primordiale pour instaurer une croissance pro-pauvres et réaliser les objectifs du millénaire pour le développement.

Cet apport de la protection sociale, sujet à controverses, renvoie à une problématique mettant les mesures sociales au cœur des interrogations. La protection sociale est elle compatible avec les exigences de compétitivité dans ce monde globalisé où la concurrence fait la loi ? Est-elle accessible aux pays en développement encore préoccupés par la satisfaction des besoins primaires ? Qu'en est-il réellement de l'apport du volet social sur les performances économiques, sur l'efficacité des ressources humaines et sur le développement durable ? Les politiques sociales sont elles réellement indispensables à la valorisation du capital humain ?

Cette thèse ambitionne de répondre à ce questionnement et vise deux objectifs principaux :

- Démontrer que par delà les coûts qu'elles engendrent, certaines composantes de la protection sociale exercent un impact positif sur les capacités productives des hommes et par voie de conséquence le développement socioéconomique ;
- Elaborer une assurance santé dans le secteur informel dans un pays en développement, en tenant compte de ses spécificités, de l'insuffisance des ressources locales, et des contraintes imposées par les institutions internationales, principaux bailleurs de fonds du pays.

Nous posons les hypothèses suivantes et tenterons de démontrer, grâce à la littérature, aux analyses théoriques et empiriques, leur bien-fondé.

- ✓ Malgré un coût élevé et des effets d'aubaine pouvant être significatifs, la protection sociale contribue aux performances économiques et humaines en favorisant l'accroissement de la productivité du travail.

- ✓ L'impact de la protection sociale est plus important dans les pays pauvres. Plus un pays se développe économiquement, plus l'apport de la couverture sociale est limité.
- ✓ La protection sociale est nécessaire mais pas suffisante pour valoriser le capital humain.
- ✓ Maladies et accidents de travail entraînent :
  - des coûts économiques excessifs pour l'entreprise
  - Une augmentation des dépenses liées à la santé
  - Une diminution de la productivité et de la qualité du travail
  - Un manque de compétitivité pour l'entreprise
  - Un absentéisme permanent et nuisible
- ✓ Même pour le secteur informel caractérisé par une vulnérabilité et une précarité soutenue, une couverture sociale moderne est possible.
- ✓ Un système de protection sociale efficace est accessible même pour les pays à revenus faibles.
- ✓ La couverture sociale peut permettre de réduire la part des travailleurs de l'économie informelle dans les pays pauvres et contribuera fortement à leur développement économique.

Cette recherche intervient dans un contexte particulier marqué par la montée des inégalités sociales, les crises des Subprimes[3] et de la dette souveraine.

- *De fortes inégalités sociales*

Souvent assimilées à des inégalités de revenus, les inégalités sociales englobent également les inégalités en matière d'éducation, de santé etc. (GORRERI, 2009). Très développées dans les pays industrialisés, elles s'accentuent dans les pays en développement malgré la réduction de la pauvreté extrême. Le coefficient de GINI[4] s'est accru dans les pays de l'OCDE de 0,29 en 1985 à 0,32 en 2008. Aux Etats-Unis par exemple, le rapport existant entre le revenu moyen disponible des 10 % les plus aisés et des 10 % les plus défavorisés, est passé de 10 à 15 en 25 ans. Au Royaume Uni, ce rapport est passé de 8 à 10 (JEANNEAU, 2012). Ces disparités sont encore plus fortes en comparant les inégalités entre certains pays

[3] Les crédits Subprimes désignent les crédits hypothécaires accordés à des emprunteurs à risque par opposition aux crédits souscrits par des emprunteurs offrant d'excellentes garanties de remboursement.
[4] L'indice de GINI est un indicateur synthétique mesurant les inégalités. Il est compris entre 0 et 1. Plus il est proche de 1, plus l'inégalité est forte.

scandinaves à ceux d'Amérique Latine. En effet, si les revenus des 10 % les mieux lotis sont cinq fois plus élevés que ceux des 10 % les plus pauvres dans certains pays nordiques et d'Europe centrale, l'écart est de plus de vingt cinq fois au Mexique et au Chili, les systèmes de protection sociale de ces deux pays n'ayant pas encore atteint la maturité (OCDE, 2011). En ce qui concerne les pays en développement et notamment en Afrique, les inégalités paraissent plus inquiétantes. Entre 1981 et 2008, le nombre de personnes vivant sous le seuil d'extrême pauvreté (c'est-à-dire 1,25 dollar par jour d'après la Banque mondiale) a régressé de 1.9 à moins de 1.3 milliard (Banque mondiale, 2012). Cette réduction de l'extrême pauvreté contraste avec la montée des inégalités dont l'Afrique détient le record. Les inégalités sont aussi significatives lorsqu'on compare l'Afrique au reste du monde qu'au sein du continent. « *Un africain moyen consomme deux fois moins qu'un asiatique, quatre fois moins qu'un latino-américain, huit fois moins qu'un européen et seize fois moins qu'un américain. De même, le dixième des africains les plus riches consomme environ quatorze fois plus que le dixième des plus démunis* »[5].

- *Un contexte de crises économiques et de déficits publics*

Le point de départ de la crise des *subprimes*, qui a éclatée en 2007, semble être l'excès de liquidité au niveau mondial (ARTUS, 2009). L'explosion de la bulle immobilière aux Etats-Unis et les crédits devenus toxiques ont entraîné des pertes importantes (FIRST FINANCE, 2009). La crise s'est rapidement propagée du fait de l'interdépendance des institutions financières et de la titrisation[6]. La baisse des prix des actifs a affecté les banques européennes entraînant la chute des bourses. Cette crise coûterait 3 à 7 points de croissance aux principales économies avancées en 2009 (BRICONGNE et al. 2009). Elle a creusé également les déficits des Etats, obligés d'injecter des moyens financiers significatifs pour sauver le secteur bancaire. Fragilisés par l'éclatement de la crise de la dette grecque et la peur de la contagion dans la zone euro, les pays européens ont aggravé leur situation d'endettement pour éviter la faillite de ce pays membre, dépassant ainsi largement le seuil de déficit public autorisé. Selon l'OCDE (2012), le déficit budgétaire pour l'ensemble de la zone OCDE était estimé aux alentours de 7.5 % du PIB en 2010 soit l'équivalent de 3 300 milliards de dollars.

[5] COGNEAU D. (2007) « *L'Afrique des inégalités : où conduit l'histoire* », Editions Rue d'Ulm/Presses de l'Ecole Normale Supérieure, Paris, http://www.cepremap.ens.fr/depot/opus/OPUS04.pdf

[6] Titrisation : opération financière consistant à transformer des prêts bancaires traditionnellement non liquides en titres aisément négociables sur le marché. Les banques de l'Europe, du Japon etc. ont toutes acheté ces titres américains qui paraissaient sans risque et surtout rentables.

Cette crise des dettes souveraines intervient au moment où le ralentissement économique mondial, la montée du chômage entraînent des crises sociales de plus en plus profondes. Elle n'a pas épargné les pays à faibles revenus ayant des économies fortement tournées vers l'Occident.

Etant donné que la situation sociale des pays à faibles revenus est largement plus préoccupante, nous avons choisi comme cadre d'analyse le Sénégal. Vu l'étendue et l'hétérogénéité de la protection sociale, nous nous focaliserons principalement sur une de ses composantes : la branche maladie. Cette dernière et l'éducation constituent des priorités dans les pays en développement même si les autres composantes de la protection sociale gardent une grande importance.

Le choix du Sénégal se justifie par sa stabilité politique, sa démocratie et la légitimité du régime en place, singularité au sein du continent africain mais surtout pour ses caractéristiques propres aux pays à revenus faibles. Ce pays est, en effet, soumis aux problèmes liés à la dette, à l'expansion du secteur informel et à la faiblesse de la couverture sociale.

Avec un revenu par habitant de 1090 $ (dollar américain courant), 50.8 % de la population du Sénégal vit en dessous du seuil de pauvreté (Banque mondiale, 2011). La dette du pays augmente très rapidement. En 2010, l'encours de la dette publique totale était évalué à 2188.6 milliards de francs CFA soit 34.4 % du PIB. A priori, ce pays dégage un profit à risque de surendettement faible mais c'est surtout dû à l'effacement dans le cadre du PPTE. Le programme pays pauvre très endetté avait ramené la dette à 17 % du PIB avec une annulation de 167 milliards de francs CFA en 2006. Le secteur informel est le poumon de l'économie locale, contribuant ainsi à 60 % du PIB d'après le directeur des PME du pays (DIOUF, 2003). Enfin, la couverture des institutions sociales ne couvre que 20 % de la population selon le directeur de la prévention des risques professionnels, ce qui veut dire que 80 % des sénégalais est dépourvue de toute forme de protection sociale moderne (APS, 2010).

Une définition de quelques concepts clés peut s'avérer utile pour clarifier la problématique bien que d'autres notions seront explicitées dans les différentes parties.

✓ *Le secteur informel*

Après la décennie d'industrialisation annoncée (1960-1970), largement inspiré par les courants classique et marxiste vouant à la nécessaire généralisation du salariat, apparaît le concept de secteur informel ayant comme fonction dominante la survie. C'est, en effet, en 1971 que l'anthropologue du développement HART a utilisé pour la première fois la notion de secteur informel dans une étude sur l'emploi urbain au Gabon (A.I.T.E.C., 2001). Ce terme a été officialisé l'année suivante par le Bureau International du Travail dans son rapport sur l'emploi au Kenya pour évoquer le cas de ces très nombreux « pauvres qui travaillent » (HUSSMANNS, 1997). Le concept de secteur informel a toujours été source de divergences d'interprétation et de perception de la part des utilisateurs et des producteurs de statistiques. C'est la raison pour laquelle on note souvent une définition des utilisateurs, tels que les comptables nationaux ou sociologues, en général différente de celle du statisticien de l'enquête (Nations Unies, 2009).

Le rapport sur le Kenya avait listé ces sept caractéristiques à savoir :

- la facilité d'entrée,
- des marchés de concurrence non réglementés,
- la propriété familiale des entreprises,
- la petite échelle des opérations,
- l'utilisation des ressources locales,
- des technologies adaptées et à forte intensité de travail,
- des formations acquises en dehors du système scolaire.

Selon CHARMES (1987), ces caractéristiques n'ayant pas permis d'harmoniser la définition du secteur informel, la 15ème Conférence Internationale des Statisticiens de Travail du BIT de 1993, est revenu sur la définition en se fixant quatre objectifs :

- enlever au concept son image d'illégalité ;
- séparer les activités informelles des activités agricoles tout simplement parce que le secteur informel et l'agriculture évoluent en sens opposé. Les regrouper risque d'engendrer des difficultés d'interprétation de la tendance générale ;
- d'exclure la production à usage final propre ;
- et enfin d'inclure les activités secondaires et multiples (la pluriactivité).

A l'issue de la résolution de la 15ème conférence, la définition suivante a été retenue.

« *D'une façon générale, le secteur informel peut être décrit comme un ensemble d'unités produisant des biens ou des services en vue principalement 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 du travail et du capital en tant que facteurs de production. Les relations d'emploi, lorsqu'elles existent, sont surtout fondées sur l'emploi occasionnel, les liens de parenté ou les relations personnelles et sociales plutôt que sur des accords contractuels comportant des garanties en bonne et due forme. »*[7] Les unités de production du secteur informel s'identifient aux entreprises individuelles, les actifs immobilisés appartenant exclusivement aux propriétaires. Ces derniers sont responsables sans limitation des dettes et engagements de l'entité informelle qui ne peut pas conclure des contrats avec d'autres unités ou réaliser des opérations. Les dépenses de production sont indifférenciées de celles du ménage, les locaux ou autres biens de l'unité informelle pouvant être à la disposition de ce dernier. *« Les activités exercées par les unités de production du secteur informel ne sont pas nécessairement réalisées avec l'intention délibérée de se soustraire au paiement des impôts ou des cotisations de sécurité sociale ou d'enfreindre la législation du travail, d'autres législations ou d'autres dispositions administratives. Par conséquent, le concept des activités du secteur informel devrait être différencié de celui des activités de l'économie dissimulée ou souterraine.* »[8]

Le terme « informel » ne traduit pas l'absence de la réglementation ou de normes. En effet, les travailleurs du secteur informel ont leur propre « économie politique », leurs propres règles, conventions, institutions et structures informelles ou de groupe régissant l'entraide et la confiance réciproque, l'octroi de prêts, l'organisation de la formation, le transfert des technologies etc. Toutefois, il paraît très difficile de voir si l'application des droits des travailleurs est une préoccupation dans ce secteur. (BIT, 2002). L'OCDE (2008) a introduit un nouveau concept appelé « Economie Non Observée » regroupant l'économie informelle, l'économie souterraine et les activités illégales tout en précisant les grandes différences existant entre elles. L'organisation internationale, en effet, met en évidence le caractère « légal » qui le différencie de l'économie souterraine (n'étant pas en conformité avec les obligations légales et réglementaires) et des activités illégales (contrevenant au code pénal).

On distingue deux sortes d'entreprises informelles :

---

[7] Les passages entre guillemets sont de la 15ème Conférence Internationale des Statisticiens du Travail. Résolutions concernant les statistiques de l'emploi dans le secteur informel, Annexe II (Genève, BIT, 1993). Passages repris par KANTE, BIT, 2002, page 8.

[8] KANTE (2002), *op cit*,. p. 9.

- Les entreprises informelles de personnes travaillant pour leur propre compte ;
- Les entreprises d'employeurs informels.

Il faut néanmoins noter l'ambivalence des liens existant entre des secteurs formel et informel. Les frontières sont, en effet, encore très floues. Le BIT (2000) pointe la coexistence des activités officielles et des opérations informelles, des travailleurs déclarés et des travailleurs rémunérés de manière informelle produisant pour le marché officiel par le biais de la sous-traitance notamment dans le secteur textile.

Malgré son hétérogénéité, le secteur informel présente de fortes caractéristiques communes facilitant son identification notamment dans les pays en développement. PENOUIL (1990) classe les activités informelles en trois groupes :

- « *l'informel de subsistance* » correspondant à l'ensemble des petits métiers n'impliquant pas ou peu de capital ;
- « *l'artisanat traditionnel rural (ou plus rarement urbain)* » aux volumes de production faibles et des technologies peu capitalistes ;
- « *l'informel concurrentiel* » capable de fournir des produits pouvant concurrencer offrant ceux du secteur moderne, ciblant néanmoins une clientèle économiquement plus vulnérable.

Le secteur informel peut être analysé selon différentes manières. Pour HUSSMANNS (1997), « *il peut être considéré de manière positive comme fournissant emploi et revenus à des millions de personnes qui, autrement, n'auraient pas de moyens de survie. Il peut être vu négativement comme un pan entier de la société échappant à toute régulation et protection. Il peut être idéalisé comme un vivier d'entrepreneurs prospère car non entravé par un système réglementaire et bureautique inutile. Il peut être condamné comme une vaste zone de relégation, de pauvreté, de conditions insalubres, de travail dangereux, d'illégalité et d'utilisation du travail des enfants. Enfin, il peut être simplement ignoré.* »[9]

Le fait d'avoir longtemps pensé que ce secteur constituait un phénomène passager, marginal et voué à disparaître, contraste aujourd'hui avec son développement spectaculaire dans les pays en développement (MALDONADO et al. 2004). Les travailleurs du secteur informel sont obligés de rester dans cette absence de formalité par les Etats de manière involontaire. Ce ne sont pas eux les informels mais plutôt leurs actes et leurs occupations, l'informalité n'étant pas un secteur précis ou statique de la société mais plutôt une frange

[9] HUSSMANNS R. (1997), BIT « Secteur informel : historique, définition et importance », Actes du séminaire sur le secteur informel et la politique économique en Afrique subsaharienne, Bamako, 10 au 14 Mars, www.afristat.org/contenu/pdf/rsc/tome2_fr.pdf, page 9

mitoyenne du monde légal. A travers une réglementation sociale et fiscale lourde et complexe, les démarches bureaucratiques engendrent des coûts de formalisation et découragent l'esprit d'initiative. Elles dissuadent les travailleurs du secteur informel d'accéder à la légalité en matière de propreté ou de déclaration d'activité. Pour ne pas s'acquitter des frais significatifs de formalité, nombreux sont les travailleurs du secteur à préférer intégrer l'économie informelle et supporter d'autres frais annexes liés à la corruption par exemple, significatifs mais négligeables comparés aux coûts d'accès à la légalité (De SOTO, 1994).

Sans son réorganisation et valorisation de ses ressources humaines, il serait illusoire d'espérer voir les pays confrontés à une forte économie informelle sortir de la précarité, à réduire la pléthore de travailleurs pauvres et à envisager le développement socioéconomique. La santé, apparaissant comme incontournable dans la quête de performances économiques et humaines, devrait donc préserver ou améliorer grâce à la conception des assurances santé aptes à couvrir le plus grand nombre sans porter préjudice à la croissance.

- ✓ *L'assurance santé*

L'assurance santé regroupe tous les dispositifs permettant aux assurés de faire face aux risques relatifs à la maladie. Techniquement, elle est définie par le guide des assurances et des mutuelles de santé (2011) comme : « *un système économique par lequel un ou plusieurs assureurs garantissent – après signature d'un contrat d'assurance (appelé contrat d'assurance santé) engageant le ou les assureurs avec un souscripteur, et selon les conditions figurant au contrat – un ou plusieurs assurés contre les conséquences financières entraînées suite à la réalisation d'un événement dommageable ayant porté atteinte à l'intégrité physique (ou parfois psychologique) dudit ou desdits assurés, et nécessitant une intervention d'ordre médical pour tenter de rétablir le ou les sinistrés dans la situation où ils se trouvaient avant la survenance du sinistre.* »[10] Elle regroupe trois sous-ensembles : l'assurance privée, l'assurance mutuelle et l'assurance professionnelle (type sécurité sociale).

[10] Assurance&Mutuelle (2011), « *Assurance santé – Définition* », http://www.assurance-et-mutuelle.com/devis-infos/assurance-sante-definition.html

- *L'assurance privée*

Dans les pays de l'OCDE, les dépenses de santé représentent en moyenne 8 % du PIB, les ¾ environ sont financées par fonds publics. L'assurance maladie privée ne représente en moyenne qu'un quart des financements privés. Dans le 1/3 des pays membres, au moins 30 % de la population possèdent une assurance privée. Certains pays ne la considèrent pas comme une composante importante tandis que d'autres en font un pilier de leur système de santé. Aux Etats-Unis par exemple, elle constitue la couverture primaire pour les catégories n'ayant pas accès à la couverture maladie publique. 72 % de la population américaine dispose d'une forme d'assurance maladie-privée (OCDE, 2004).

Dans les pays en développement, ces dépenses de santé privée peuvent être très importantes. Au moment où elles ne représentent que 25 % en moyenne dans les pays industrialisés grâce à la couverture maladie universelle (excepté aux Etats-Unis où elles représentent 56 %), en Inde, par exemple, en général, les familles paient 80 % de leurs dépenses de santé de leurs poches pour se soigner (OMS, 2000).

- *L'assurance mutuelle*

L'O.I.T (1997) définit une mutuelle comme : « *une association facultative de personnes, à but non lucratif, dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous les membres. Au moyen de cotisation des membres, la mutuelle organise des actions de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine des risques sociaux, comme la maladie, sa prévention, l'invalidité, l'incapacité de travail, la vieillesse, le décès… ». Elle définit la mutuelle de santé comme : « une organisation mutualiste constituée pour assurer aux membres la couverture des risques maladies et en particulier leur permettre d'accéder à des soins de santé de qualité* »[11].

- *L'assurance professionnelle (type sécurité sociale)*

L'assurance professionnelle est une assurance obligatoire de type bismarkien (inspirée du système conçu par l'ancien chancelier allemand BISMARK au 19e siècle). L'assurance est supportée à la fois par les contributions du salarié et de son employeur. La protection sociale

[11] O.I.T (1997), « *Mutuelles de santé en Afrique* », Manuel de formateurs, pages 2 et 3, http://www.ilo.org/public/french/region/afpro/dakar/info/publ/document/mutuelles.pdf

est assise sur le salaire. Cette assurance permet au travailleur d'accéder à l'assurance maladie et de couvrir toute sa famille.

La définition de ces notions donne une idée sur la complexité d'associer les notions de secteur informel et d'assurance maladie. A l'évidence, il semble difficile d'intégrer les travailleurs de l'économie informelle dans un système d'assurance maladie moderne malgré un besoin de soins et de prévention exacerbé.

Cette thèse cherche à montrer que l'accès à la protection sociale et notamment à la santé est indispensable à la quête des performances économiques et humaines et s'organise en deux parties comportant chacune trois chapitres (chapitres I à III pour la première partie et chapitres IV à VI pour la deuxième partie). Dans la première, nous procéderons à une analyse des différentes doctrines portant sur l'impact de la protection sociale et de l'assurance maladie. La deuxième partie sera focalisée sur le Sénégal et permettra de voir en quoi une assurance maladie peut être envisageable même pour les vulnérables travailleurs de l'économie informelle. Nous aurons deux phases dans cette deuxième partie : une pour diagnostiquer la situation générale du pays et celle du secteur informel en particulier et une autre pour faire des propositions.

Dans le premier chapitre, nous allons mettre en exergue la forte corrélation entre le niveau de développement économique d'un pays et la qualité de ses ressources humaines. L'objectif étant de mesurer l'impact de la protection sociale sur les facteurs de production et notamment sur le travail, nous nous appuierons sur des indicateurs certes perfectibles mais encore incontournables tels que le PIB par habitant et la productivité du travail.

Dans le second chapitre, nous verrons en quoi la protection sociale, par le biais de l'économie, impacte sur le rendement des hommes. S'appuyant sur la littérature proposant une large variété d'arguments, nous mettrons en exergue, dans un premier temps, l'influence négative de la protection sociale sur l'économie et sur les hommes. Ensuite nous exposerons les arguments contraires, faisant de la protection sociale, un outil indispensable pour l'amélioration des performances économiques et de la productivité des hommes. Enfin, nous présenterons nos contributions à la littérature existante.

Evaluer la protection sociale peut être complexe dans la mesure où ses différentes composantes ne présentent pas les mêmes incidences. C'est pourquoi, le troisième chapitre portera sur l'apport d'une des composantes que nous jugeons prioritaire : l'assurance maladie, afin d'évaluer son impact plus direct sur les performances économiques et humaines au niveau microéconomique et macroéconomique. Nous commencerons par une étude des

conséquences de la mauvaise santé avant de mettre en évidence l'influence de la bonne santé sur la productivité mais aussi l'impact d'un système égalitaire et équitable.

Dans le quatrième chapitre, nous commencerons par une étude des caractéristiques économiques, démographiques et sanitaires du Sénégal. Ensuite nous étudierons le dispositif formel de sécurité sociale basé sur le modèle salarial et excluant les travailleurs du secteur informel. Ces derniers feront l'objet d'une étude dans la section suivante.

En effet, dans ce cinquième chapitre, nous ferons une étude du secteur informel en nous appuyant d'abord sur les résultats des enquêtes menées par l'UEMOA en 2001-2002. Ensuite, nous mettrons en exergue les différentes formes de protection sociale utilisées par les travailleurs de l'économie informelle. Pour recentrer le débat sur la santé, nous exposerons les enseignements tirés de nos entretiens et questionnaires réalisés au Sénégal en novembre et décembre 2008.

Ce diagnostic nous permettra de faire des propositions dans le sixième chapitre pour la mise en place d'un système de couverture maladie pour le secteur informel dans le cadre d'un système d'assurance maladie obligatoire. Cette proposition visera à accroître de manière significative le taux de couverture médicale de la population totale, de formaliser une part importante des activités du secteur informelle et enfin d'apporter des réformes au système de protection sociale existant.

PREMIERE PARTIE

FONDEMENTS THEORIQUES

CHAPITRE I :

Corrélation entre niveau de développement économique et qualité des ressources humaines d'un pays

Dans ce premier chapitre, nous essayons de démontrer que l'état de développement économique impacte sur la productivité des travailleurs. Toutefois, on peut d'emblée s'interroger sur la capacité à représenter la performance économique et la productivité des hommes au travers des indicateurs. Est-ce possible de trouver une mesure juste de ces deux variables pouvant permettre d'établir un lien évident entre elles ?

Il est vrai que certaines analyses empiriques mettent en évidence la différence de qualité des ressources humaines entre pays développés et pays pauvres. En effet, c'est dans les pays les plus développés qu'on trouve généralement les travailleurs les plus qualifiés et des technologies les plus sophistiquées de même que les productivités les plus significatives. D'après BOUGNOUX (2007), la productivité, y est de l'ordre de 30 euros par heure travaillée. Selon le rapport du BIT intitulé « *Les indicateurs clés du marché du travail cinquième édition* » en 2006, la productivité des pays industrialisés est 3 fois supérieure à celle du Moyen-Orient, de l'Amérique Latine et des Caraïbes, 3,5 fois celle des pays de l'Europe centrale et du Sud-est (hors UE), 4 fois celle des pays de l'Afrique du Nord. Cet écart est de 7 fois par rapport aux pays l'Asie du Sud-est et demeure considérable comparé à l'Afrique Subsaharienne ou il est de 12 fois (BIT, 2007). Il semble y avoir donc une corrélation entre le niveau de développement et la qualité des ressources humaines. Pour le démontrer, nous allons commencer par rappeler les mesures de performance économique et de productivité du travail. Etablir cette corrélation entre ces deux notions suppose avant tout leur définition préalable et celle de leurs indicateurs.

§1. La mesure du développement économique et de la productivité du travail

I. L'indicateur des performances économiques : le PIB

I.1. Un indicateur de référence largement perfectible

❖ *Les origines*

Dans le but de lever les impôts d'une manière efficace et juste, on s'intéressait à la croissance et à la richesse nationale à la fin du XVIIe siècle. En 1664 déjà, PETTY donnait une première estimation du revenu national. Quatre ans plus tard, son compatriote KING mesurait la richesse de l'économie britannique afin de la comparer à celle de la France de Louis XIV, où ces calculs étaient interdits à cette époque. Cette interdiction obligea d'ailleurs BOISGUILBERT à publier anonymement une estimation de la richesse de la France en 1697 à l'étranger. Au début du XXe siècle, seule une dizaine de pays avait accepté de publier l'estimation de leur richesse. Il a fallut la survenance de la crise de 1929 pour que la comptabilité nationale devienne l'outil indispensable de la politique de croissance et de protection sociale. En Janvier 1934 KUZNETS présente au Sénat américain le rapport sur le revenu national de 1929 à 1932. La même année, WARBURTON utilise pour la première fois l'expression « produit national brut » laquelle est reprise par KUZNETS en 1938 (MARSEILLE, 2004).

❖ *Définition*

Le PIB constitue un indicateur de référence d'évaluation de la croissance économique d'un pays. Il permet de faire des comparaisons internationales et d'estimer les principaux agrégats des finances publiques (CLEMENT, 2009). Il constitue l'instrument de mesure de l'activité économique le plus largement utilisé et englobe l'ensemble des biens finaux de l'économie, qu'ils soient consommés par les ménages, par les entreprises ou par l'Etat (STIGLITZ et al, 1999). Selon l'INSEE (2012), cet agrégat, représentant le résultat de l'activité des unités résidentes, peut être calculé selon trois approches :

- **Approche par la production** : il correspond à la somme des valeurs ajoutées des branches.

PIB = Somme des valeurs ajoutées brutes des différents secteurs institutionnels
+ Impôts sur les produits
- Subventions sur les produits

- **Approche par la dépense** : il représente la somme de tous les emplois finals des biens et services produits par les unités résidentes.

PIB = Consommation finale + FBCF (formation brute de capital fixe) + Exportations – Importations

- **Approche par le revenu** : il correspond à la somme des revenus primaires.

PIB = Rémunérations des salariés + EBE et revenus mixtes
+ Impôts sur la production et les importations - Subventions (d'exploitation)

Le PIB est l'indicateur couramment utilisé dans les comparaisons internationales car son calcul est régi par des normes internationales. En général, plus un pays est économiquement développé, plus son PIB est élevé. Le PIB par habitant permet de tenir compte de l'effet démographique. Dans les 22 pays ayant le PIB par habitant le plus élevé, on retrouve les plus grandes puissances économiques comme le montre le tableau 1.

<u>Tableau 1</u> : Classement des pays selon le PIB par habitant en 2009 (en $ US courants)

Pays	PIB/habitant
Monaco	172 676
Liechtenstein	134 915
Luxembourg	104 354
Norvège	77 610
Suisse	63 568
Qatar	61 532
Danemark	56 330
Suède	43 472
Irlande	50 034
Pays-Bas	47 998
Etats-Unis	45 793
Autriche	45 638
Iles Féroé	45 206
Finlande	44 890
Belgique	43 799
Suède	43 472
Australie	42 101
Koweït	41 365
France	40 663
Allemagne	40 275
Canada	39 656
Emirats Arabes Unis	38 960
Singapour	37 790
Italie	35 237
Royaume-Uni	35 129

Source : Banque mondiale (2012)

Les déterminants comptables du PIB/habitant

D'après l'OCDE, les déterminants comptables du niveau du PIB/habitant sont : le niveau de la productivité horaire du travail, la durée du travail, le taux d'emploi, la part de la population en âge de travailler dans la population totale (BOURLES et CETTE, 2005).

PIB/habitant = (Ratio démographique)*(Taux d'emploi)*(Durée du travail)*(Productivité horaire).

Cette formule permet non seulement d'apprécier de manière comptable l'apport des facteurs mais aussi de faire des comparaisons internationales sur les moteurs de la croissance (ARTUS et al, 2007).

- ✓ La productivité permet de mesurer l'efficacité du système productif. La productivité horaire du travail est calculée par le rapport Valeur ajoutée en

volume / Nombre d'heures travaillées. On parle de productivité « apparente du travail » que si on ne tient compte que du seul facteur travail comme ressource mise en œuvre (INSEE, 2012). L'étude de la productivité sera approfondie dans la section I.2.

- ✓ L'Organisation internationale du travail définit la durée du travail comme la période affectée aux activités contribuant à la production des biens et services. On peut différencier durée légale, durée collective et durée effective. La durée légale du travail est la limite entrainant l'application du régime des heures supplémentaires tandis que la durée annuelle collective (ou offerte) du travail est analogue à la durée théorique que le salarié à temps complet doit accomplir pour l'entreprise. Quant à la durée effective du travail, elle correspond au nombre d'heures réellement travaillées au cours de la période de référence. Dans les pays du « Nord », la durée du travail a tendance à diminuer. Elle a baissé annuellement entre 1998 et 2004 de 1 % en France, 0,1 % aux Etats-Unis, 0,2 % en Espagne, 0,4 % au Royaume-Uni et 0,9 % en Allemagne (ARTUS et al, 2007). Son impact réel sur l'augmentation de la richesse et le niveau de l'emploi fait débat. Utilisant les données de 28 pays membres de l'OCDE, BOUGNOUX (2007) a montré que la durée du travail n'était pas aussi déterminante dans l'augmentation de la richesse. Il donne l'exemple de la France qui se classe, en termes de richesse par habitant, devant la Pologne, la Hongrie ou le Mexique, des pays où on travaille plus longtemps. Il fait remarquer aussi que les pays riches tels que le Danemark, les Pays-Bas ont même tendance à réduire leur durée de travail. Cet auteur en conclut que la productivité et le taux d'emploi doivent être privilégiés dans la quête de croissance économique.

- ✓ Le taux d'emploi d'une classe d'individus est défini par le rapport Nombre d'individus de la classe ayant un emploi / Nombre total d'individus dans la classe. Il est très souvent calculé sur l'ensemble de la population en ne prenant en compte que la population en l'âge de travailler c'est-à-dire âgée de 15 à 64 ans (INSEE, 2012).

  - ❖ *Un indicateur comportant de nombreuses insuffisances*

Tout ce qui se vend ou se produit avec une valeur monétaire augmente le PIB même s'il n'apporte aucune embellie au bien-être individuel ou collectif. Le PIB ne tient pas compte des nombreuses activités bonifiant l'aisance telles que le bénévolat ou le travail domestique. Il est aussi indifférent au partage des richesses comptabilisées ou inégalités à la pauvreté ou à la sécurité sociale. En outre, il sous-évalue les services non marchands dispensés par les administrations (GADREY et MEDA, 2011). Il ne tient pas non plus compte de l'usure des équipements lors du processus de fabrication et surestime donc la valeur de cette production (BOARINI et al, 2006). A cela s'ajoute la non prise en compte de l'économie souterraine représentant, malgré son caractère illégal, une source de revenus conséquente. Pour la France par exemple, l'INSEE estimait l'économie « au noir » à environ 4 % du PIB en 1988, ce qui équivaudrait en 2003 à 60 milliards d'euros (CORNU-PAUCHET, 2003).

De leur côté, STIGLITZ, SEN et FITOUSSI (2009) pensent que le PIB a souvent été utilisé comme indicateur de bien-être économique alors qu'il mesure essentiellement la production marchande (exprimée en unités monétaires). Pourtant, disent-ils, la confusion entre ceux deux notions risque d'aboutir à des indications trompeuses et entrainer des politiques inadaptées. Ils déplorent aussi qu'il serve de référence dans les comparaisons internationales malgré des différences structurelles conséquentes entre les pays. En effet, comparer deux économies de structure semblable est une tâche relativement facile. En revanche, une comparaison impliquant des économies structurellement différentes est beaucoup moins aisée.

Pour pallier à certaines lacunes du PIB en tant qu'indicateur des niveaux de vie, ces auteurs proposent cinq moyens :

- mettre l'accent sur les indicateurs de comptabilité nationale établis autre que le PIB,
- améliorer la mesure empirique des principales activités de production, en particulier l'offre de service de santé et d'enseignement,
- faire ressortir la perspective des ménages, particulièrement pertinente pour ce qui est d'appréhender les niveaux de vie,
- ajouter des informations sur la répartition des revenus, de la consommation et de la richesse des données à l'évolution moyenne des éléments,
- enfin, étendre le nombre de paramètres mesurés.

Ces nombreuses limites incitent à recourir à d'autres indicateurs alternatifs au PIB.

I.2. Les indicateurs alternatifs du niveau de développement économique

I.2.1. L'indicateur de développement humain (IDH)

La création de cet indicateur fait suite aux nombreuses critiques sur le PIB dans le retour des années 1990 comme indicateur du bien-être. S'appuyant sur les travaux d'A. SEN, l'indicateur de développement humain, indicateur phare du PNUD, est certainement l'indicateur « alternatif » du PIB le plus connu (ACCARDO et al, 2007). L'IDH est une mesure synthétique de développement humain. On distingue deux périodes dans le calcul de cet indice. Dans la première sont créés les indices dimensionnels : (valeur réelle – valeur minimale) / (valeur maximale – valeur minimale) avec les valeurs minimales et maximales définies dans le but de transformer les indicateurs en indices compris entre 0 et 1. Dans la deuxième période, les sous-indices sont cumulés pour obtenir l'IDH, représentant la moyenne géométrique des trois indices : ($I_{Vie}^{1/3}.I_{Education}^{1/3}.I_{Revenu}^{1/3}$) (HDR, 2011). La grande majorité des pays du monde ont un IDH au moins supérieur à la moyenne (0.5). Néanmoins, nombreux sont encore ceux disposant d'un indicateur de développement humain très faible.

***Tableau 2** : Les niveaux de développement humain dans le monde en 2011*

Niveau de développement humain	Intervalle de l'IDH	Nombre de pays
Faible	0,331-0.510	40
Moyen	0,522-0,698	47
Elevé	0,698-0,783	47
Très élevé	0,793-0,943	47

Source : L'auteur à partir des données de HDR (2011), http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_FR_Table1.pdf

L'IDH apporte des compléments significatifs par rapport au bien-être en allant au-delà des comparaisons économiques. Il permet d'atténuer l'interprétation des différences économiques comportant parfois des informations irréelles. Une différence significative du PIB/habitant ne reflète pas systématiquement un décalage en termes de conditions d'existence. On peut, en effet, citer l'exemple des pays de l'Amérique latine et des pays asiatiques, qui, d'après l'Observatoires des inégalités (2009), disposent respectivement en moyenne d'un PIB/habitant de 10 077 dollars et de 5 733 dollars. Pourtant, leurs IDH sont assez proches (0.82 contre 0.713). Ceci s'explique en partie par les résultats presque similaires qu'ils enregistrent au niveau de la santé. En Asie de l'Est, malgré un PIB/habitant

plus faible, l'espérance de vie est de 72.2 ans (contre 73.4 pour l'Amérique latine) et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 27 pour mille (contre 26 pour l'Amérique latine).

Malgré les compléments d'informations qu'il apporte par rapport au PIB, l'IDH comporte certaines limites. En effet, l'application de l'IDH peut paraître aujourd'hui peu adaptée pour plusieurs raisons. Utiliser le taux d'alphabétisation dans la comparaison des pays développés perd toute signification. A cela s'ajoute la « perméabilité » des limites régionales. L'attractivité et la concentration des structures universitaires et des écoles peuvent surévaluer le taux de scolarisation dans une localité comme l'Ile-de-France (BOUTOUD, 2007). L'IDH ne tient pas compte non plus des inégalités et reste fortement corrélé au PIB/habitant. Toutefois, selon le HDR (2011), des efforts considérables ont été notés pour la prise en compte des inégalités avec la création de l'indice de développement humain ajusté aux inégalités (IDHI). Cet indice prend en considération les disparités dans la répartition de chaque dimension au sein de la population. Plus un pays est égalitaire, plus l'IDHI est proche de l'IDH.

***Tableau 3* : Classement par pays de l'IDH et du PIB/Habitant en 2005**

Classement IDH	IDH 2005	PIB/Habitant 2005	Classement du PIB par habitant (PPA USD) moins classement de l'IDH
1. Islande	0.968	36 510	4
2. Norvège	0.968	41 420	1
3. Australie	0.962	31 794	13
4. Canada	0.961	33 375	6
5. Irlande	0.959	38 505	-1
6. Suède	0.956	32 525	7
7. Suisse	0.955	35 633	-1
8. Japon	0.953	31 267	9
9. Pays-Bas	0.953	32 684	3
10. France	0.952	30 386	8
11. Finlande	0.952	32 153	3
12. Etats-Unis	0.951	41 890	-10
13. Espagne	0.949	27 169	11
14. Danemark	0.949	33 973	-6
15. Autriche	0.948	33 700	-6
16. Royaume-Uni	0.946	33 238	-5
17. Belgique	0.946	32 119	-2
18. Luxembourg	0.944	60 228	-17
19. Nouvelle-Zélande	0.433	24 996	9
20. Italie	0.941	28 529	1
21. Hong Kong	0.937	34 833	-14
22. Allemagne	0.935	29 461	-2

Source : PNUD (2007), Rapport mondial sur le développement humain 2007/2008

I.2.2. L'Indice de Bien Etre Economique (IBEE)

Le bien-être est une notion complexe et sa définition est différente d'un dictionnaire à un autre. Il comporte d'autres dimensions que la composante monétaire et revoie aux concepts de santé, de bonheur… (BOARINI et al, 2006). Il est très difficile à cerner à partir d'un indice, d'après OSBERG et SHARPE (2002). Cependant, pour ces deux auteurs, le débat public serait amélioré en prenant compte explicitement les aspects du bien-être économique. Postulant que le bien-être économique d'une société dépend du niveau de ses flux moyens de consommation, de sa capacité d'accumulation globale de stocks productifs, de l'inégalité dans la distribution des revenus individuels et du sentiment d'insécurité quant aux revenus futurs, ils créent un nouvel indicateur tenant compte de tous ces paramètres : l'IBEE. Les auteurs proposent des coefficients de pondération attribués à

chacune de ses composantes qui varieront en fonction des valeurs des différents observateurs. Ils précisent toutefois que la construction d'un indicateur international de bien-être économique est une tache difficile à cause de la disponibilité des données et aussi aux problèmes de comptabilité. L'IBEE est donc, pour ses concepteurs, un indicateur synthétique tenant compte de 4 dimensions :

- les flux de consommation courante par habitant : la consommation de biens et services, les flux réels de production domestique par habitant, les loisirs et autres biens et services non marchands ;
- l'accumulation nette de stocks de ressources productives : l'accumulation nette de biens corporels, de parcs de logements et de biens de consommation durables ; l'accumulation nette de capital humain ; de capital social et d'investissement en R&D ; les changements nets dans la valeur des ressources naturelles ; les coûts environnementaux et l'évolution nette de l'endettement extérieur ;
- la répartition des revenus – la pauvreté et l'inégalité : le degré de pauvreté (effet et importance) et l'inégalité des revenus ;
- l'insécurité économique : la sécurité économique contre la perte d'emploi et le chômage, la maladie, les ruptures de la cellule familiale, la pauvreté chez les personnes âgées.

Avec des données qu'ils jugent, eux-mêmes imparfaites, OSBERG et SHARPE (2002) ont pu calculer l'évolution du l'IBEE de quelques pays et la comparer à celle du PIB. Dans certains cas, cette évolution suit la même trajectoire que celle du PIB par habitant. C'est le cas de la Norvège contrairement au Canada ou en Australie, par exemple, où l'évolution de l'IBEE diverge cycliquement de celle du PIB par habitant depuis 1980.

L'IBEE s'appuie sur un cadre méthodologique et théoriquement relativement solide, son ambition étant d'assister l'action publique et d'aider à l'évaluation des politiques publiques. Pour OSBERG et SHARPE, les individus cherchent à maximiser une combinaison de leur bien-être individuel et du bien-être collectif (JANY-CATRICE et KAMPELMANN, 2007). Cet indice combine la moyenne pondérée de variables hétérogènes et la monétarisation de certaines variables. C'est probablement l'un des plus grands indicateurs susceptibles de fournir une base de dialogue avec la communauté des spécialistes de la comptabilité nationale. Le fait d'accorder un poids faible aux variables environnementales constitue cependant une limite quant à son attractivité auprès des militants du développement durable (GADREY et JANY-CATRICE, 2005).

JANY-CATRICE et KAMPELMANN (2007) ont essayé d'effectuer des traitements originaux à partir des données à leur disposition pour appliquer l'IBEE à la France. L'application de l'analyse d'OSBERG et SHARPE au cas français a renforcé, selon eux, l'idée que la croissance du PIB n'est pas un cadre adéquat pour réfléchir sur l'évolution du bien-être. L'IBEE français fait preuve d'un progrès beaucoup moins marqué que l'indice de croissance économique qui a été de près de 50 % entre les années 1980 et 2000. En effet, selon Perspectives Monde (2011), le PIB français entre 1980 et 2000 a augmenté de 53,7 %[12]. JANY-CATRICE et KAMPELMANN (2007) aboutissent à la conclusion que ni la croissance économique, ni la croissance de la consommation ne résoudront à elles seules la question du progrès. Ils admettent néanmoins que les corrélations entre croissance, accumulation, inégalité, pauvreté et sécurité sont complexes et pensent que le défi intellectuel consistant à les articuler et à formuler des politiques visant le bien-être est loin d'être résolu.

***Tableau 4* : Valeurs de l'IBEE français, 1980-2003**

	Consommation ajustée	**Accumulation des stocks productifs**	**Egalité et pauvreté**	**Sécurité économique**	**Indicateur de bien-être économique**
1980	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
1990	116,82	111,46	126,45	80,87	108,90
2000	126,41	139,72	134,66	93,47	123,56
2001	128,19	143, 27	134,66	97,89	126,00
2002	129,52	140,56	135,08	94,90	125,01
2003	130,11	140,71	135,08	92,52	124,62

JANY-CATRICE et KAMPELMANN (2007), Revue française d'économie, N°1/Vol XXII, pp. 107-148

Certes, l'IBEE tient compte de beaucoup de paramètres. Il semble novateur et pertinent pour mesurer l'évolution du bien-être économique. Néanmoins, de l'avis même de ses concepteurs, la collecte d'informations nécessaires constitue une réelle difficulté pour son

[12] PIB (Parité pouvoir d'achat) ($ international constant)
Année 1980 : PIB = 1 117 900 000 000
Année 2000 : PIB = 1 718 290 000 000
Taux de croissance = (1 718 290 000 000 – 1 117 900 000 000)/1 117 900 000 000 = 53,7 %
Source : Perspectives Monde (2011), « *PIB (Parité pouvoir d'achat) ($ international constant 2000) France* », http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/tend/FRA/fr/NY.GDP.MKTP.PP.KD.html

calcul. La pondération des coefficients peut également poser des problèmes d'harmonisation et compromettre les comparaisons internationales. Cette difficulté de disposer des données nécessaires est aussi relayée par MEDA (2003) estimant que s'il est assez facile de calculer un tel indicateur dans un pays comme le Canada, il est extrêmement plus compliqué de le chiffrer dans de nombreux autres pays. Il fait remarquer d'ailleurs que, faute de données disponibles, plusieurs domaines ont été abandonnés par OSBERG et SHARPE, dans de nombreux pays de l'OCDE. En outre, MEDA (2003) reproche à l'indice son positionnement flou, ne disant pas s'il veut remplacer le PIB ou élargir la comptabilité nationale. Selon PERRET (2003), tout comme n'importe quel autre indicateur composite, l'IBEE est par nature fragile et suscite inévitablement de nombreuses questions. Le fait de tenir en compte de nombreux éléments n'en fera pas un indicateur représentant tous les indicateurs ayant des objectifs similaires tels que l'IDH, l'indice de santé sociale ou de progrès véritable. Il est tout simplement impossible de trouver un indicateur global pouvant englober la totalité des points de vue.

L'IBEE apparaît donc aujourd'hui comme un indicateur complémentaire au PIB parce qu'il est évident qu'il ne saurait à court ou moyen terme le suppléer pour évaluer le bien-être économique à travers les pays.

D'autres indicateurs pourraient être cités dans la quête de substituts ou compléments au PIB. L'OCDE (2011) a mis en place un indicateur permettant à chaque personne d'évaluer et de mettre en parallèle sa propre qualité de vie en allant au-delà des statistiques du PIB. Cet indice repose sur 11 critères : logement, revenu, travail, communauté, éducation, environnement, gouvernance, santé, satisfaction à l'égard de l'existence, sécurité, équilibre entre vie professionnelle et vie familiale.

II. La productivité horaire du travail

La productivité concerne le rapport entre la production Y et la quantité physique de facteur utilisée pour réaliser cette production. Elle demeure un concept théorique central en sciences économiques et représente, sur le plan empirique, un enjeu constant pour les entreprises mais aussi un sujet de préoccupation pour les salariés. Elle peut être sous forme de productivité du capital c'est-à-dire Y/K ou productivité des matières premières (Y/C.I.) ou productivité de travail par tête ou horaire (Y/N) (Du TERTRE, 1999). A quantité de facteurs de production constante (travail et capital), la croissance structurelle d'une économie est

déterminée par les gains ou pertes de productivité (AGHION et COHEN, 2004). L'augmentation de la productivité permet de réduire les coûts et d'accroître le rendement de l'investissement se traduisant pour partie en une augmentation des recettes pour les entrepreneurs et les investisseurs, et pour partie en augmentation des salaires. Elle est un important facteur pour améliorer le niveau de vie et la croissance mais aussi le principal facteur de croissance des revenus à Long terme. Son amélioration passe par le développement des compétences englobant les notions d'éducation de base, de formation initiale et d'apprentissage tout au long de la vie (BIT, 2008).

La productivité a fortement contribué à la croissance économique que les pays occidentaux ont connue depuis la seconde guerre mondiale. Aux Etats-Unis, la productivité des facteurs a représenté jusqu'à 1.90 point de croissance par an sur 2.75 % entre 1928 et 1950, puis 1.5 point sur 3.5 % entre 1950 et 1964 et 0.9 point sur 3.6 % entre 1964 et 1972 (CETTE, 2004). En ce qui concerne la France, entre 1896 et 1997, chaque travailleur a multiplié par plus de 20 sa productivité horaire (SIMONNET, 2009).

A l'évidence il paraît impossible de trouver un indicateur capable de donner une représentation parfaite des phénomènes qu'il étudie. Il a vocation à guider. Les deux principaux indicateurs choisis dans ce chapitre pour évaluer les performances économiques et humaines (le PIB et la productivité du travail) comportent donc, à l'image des autres, de nombreuses limites. Toutefois, ils gardent une grande légitimité au niveau international et permettent donc de donner une estimation cohérente de l'évolution de l'économie et du rendement des hommes. La section suivante cherche à étudier le lien existant entre ces deux variables.

§2. Corrélation entre niveau de développement économique et productivité du travail

La productivité du travail est un déterminant du PIB/habitant, ce qui établit une relation entre ces deux variables. L'écart de productivité entre pays développés, pays émergents et pays en développement tend à mettre en exergue un lien un entre le niveau de développement économique et la qualité des ressources humaines. Nous allons tenter de vérifier cette corrélation en nous appuyant sur des analyses théoriques et surtout empiriques avec notamment l'opposition entre pays développés et les autres en termes de PIB/habitant (ou IDH) et de productivité du travail.

BIALES (1997) a montré, à partir de l'équation **Y = L*Y/L**, que la progression du revenu par tête (progrès économique et social) est une fonction croissante de la productivité moyenne du travail. Cependant, il trouve que si la croissance de la productivité est plus forte que la croissance économique, le nombre d'heures travaillées diminue.

Y représentant le volume de production,

L : le nombre d'heures travaillées,

Y/L : la productivité moyenne –et apparente- de l'heure de travail, le capital et le progrès techniques restant inchangés.

BENASSY-QUERE et al, (2012) ont établi la relation mathématique définissant le rapport entre la productivité horaire du travail et le PIB/habitant. Pour apporter certaines corrections dans l'évaluation de la productivité du travail, les auteurs tiennent compte de ces paramètres suivants :

- « *une fraction (1- y) de la population ne participe pas au marché du travail parce qu'elle est trop jeune ou trop âgée, y est la proportion de la population en âge de travailler ;*
- *Au sein de la population en âge de travailler, une fraction (1- x) ne peut pas ou ne souhaite pas travailler (invalides, femmes au foyer etc.), x est appelé taux de participation ;*
- *La population active est donc L = xyP. Ensuite, au sein de la population active, une fraction u est au chômage. La population active employée est donc N= (1-u)xyP* ; »

BENASSY-QUERE et al, (2012) obtiennent la productivité horaire du travail grâce à la relation suivante : $Y/N = 1/(1-u).\ 1/d.\ 1/x.\ 1/y.\ Y/P$

Cette équation démontre la relation entre la production et la productivité des travailleurs. Cette corrélation s'illustre aussi à travers des comparaisons internationales mettant en évidence l'écart de productivité des pays différents économiquement.

- *Les pays développés*

Le tableau 3 montre que les 21 pays disposant du niveau le plus élevé de l'IDH sont exclusivement des pays développés. L'IDH atteint 0.932 dans les pays de l'OCDE, lesquels disposent aussi des productivités du travail les plus fortes du monde (Observatoires des inégalités, 2009). Le rapport intitulé « *Les indicateurs clés du marché du travail cinquième édition* » classe les Etats-Unis en première position de la productivité par personne employée en 2006. Avec 63 885 dollars US, ils creusent l'écart avec les suivants immédiats : l'Irlande (55 986 US$), le Luxembourg (55 641 US$) et la France (54 609 US$). Toutefois, cet écart significatif séparant les américains des autres, peut être relativisé puisqu'à temps plein, le travailleur américain effectue plus d'heures que ses collègues irlandais, luxembourgeois, et fiançais (cf annexe 1). En tenant compte de la durée du travail, le Norvégien détient la productivité horaire la plus élevée (37,99 US$ contre 35,63 pour les Etats-Unis et 35,08US$ pour la France) (O.I.T, 2007).

***Tableau 5** : Productivité horaire par pays et par employé, en 2002*

	Productivité horaire en % du niveau des Etats-Unis			Productivité par employé en % du niveau des Etats-Unis		
	OCDE [a]	Groningen [b]	Eurostat [c]	OCDE [d]	Groningen [e]	Eurostat [d]
Etats-Unis	100	100	100	100	100	100
Union Européenne	82		89,5	78		78,5
Zone Euro	92		90,5	83		78,5
Japon	71	75,8	69,6	75	71,1	69,9
OCDE	76			77		
Allemagne	93	104,7	92,1	79	81,3	73,6
Australie	78	84		83	79	
Canada	85	86,6	87,4	86	82,1	86,3
Espagne	74	73,8	73,9	79	71,3	74,2
Finlande	82	90,4	83,3	83	77,3	77,9
France	113	107,1	107,4	95	85,4	89,7
Irlande	105	109,4	104	102	97,7	96,5
Italie	94	98,5	91,9	88	84,9	82,7
Norvège	125	121,1	124,2	98	87,8	92,8
Pays-Bas	102	106,3	102,2	80	76,2	75,2
Royaume-Uni	79	86,2	83,7	78	75,3	79,4
Suède	86	88,9	85	80	75	74,7
Corée	42	36,8		59	54	
Grèce	65	61,8	64,5	73	63,5	69,3
Hongrie	50	50,6		52	47,8	48,7
Portugal	53	54,1	52,8	53	49,4	50,4
Pologne	35	33,2		40	39,8	37,9
République tchèque	40	43,9	40,7	46	44,9	44,7
Slovaquie	40	43,5	44,8	46	45	43,5
Autriche	88	100,7	89,5	81	80	75,9
Belgique	108	110,8	106,7	98	93,5	92,5
Danemark	94	101	89,4	80	80,4	75,4
Mexique	30	33		33	36,2	

Note : [a] et [d] : ppp 2002 ; [b] et [e] : 1999 EKS $; [c] et [f] : pps.
Union Européenne à 15 pour Eurostat, 19 pays pour OCDE
Source : R. BOURLES et G. CETTE (2005) provenant de [a] et [d] : OCDE (www.oecd.org/dataoecd/30/40/29867116.xls) et PILAT (2004) ; [b] et [e] : Groningen Growth and Development Centre et The Conference Board, Total Economy Database, février 2004 ; [c] et [f] : Eurostat, base des indicateurs structurels.

On assiste à la supériorité des Etats-Unis et de l'Europe occidentale et du Nord en termes de productivité horaire ou par employé. L'Europe se distingue par le nombre de pays disposant des productivités du travail (horaire surtout) pouvant rivaliser avec les Etats-Unis même s'il existe au sein du continent de fortes disparités. En effet, des pays comme la Pologne ou la République Tchèque sont très loin derrière les puissances occidentales telles que la France et la Belgique par exemple. Ces différences intracontinentales s'expliquent par l'application de modèles économiques complètement différents. En effet, d'après

SIMONNET (2009), on peut identifier dans le continent européen 4 modèles combinant taux d'emploi et productivité horaire qu'il résume de manière suivante.

<u>Tableau 6</u> : Modèles européens combinant taux d'emploi et productivité horaire

		Taux d'emploi	
		Fort	Faible
Productivité horaire	Forte	Pays scandinaves et anglo-saxons : ils combinent efficacité économique et participation du plus grand nombre à l'effort productif (avec pourtant des modèles sociaux différents).	C'est le cas de la France avec une séparation nette entre des travailleurs très productifs (les insiders) et une importante partie de la population qui n'accède pas à l'emploi (les outsiders).
	Faible	Pays comme la Slovénie ou le Portugal, qui reflète une efficacité limitée mais avec une importante capacité à l'effort productif des personnes en âge de travailler	Pays d'Europe centrale et orientale et la Grèce : le système productif est complètement moins efficace et beaucoup de personnes en âge de travailler n'ont pas d'emploi.

Source : SIMONNET (2009)

- *Les autres pays*

Généralement, les pays en développement pâtissent d'une sous-utilisation du potentiel des travailleurs : l'OIT (2007) estimait à 1,5 milliard de personnes dans le monde, soit 1/3 de la population en âge de travailler potentiellement sous-utilisées parmi lesquelles 195,7 millions de chômeurs mais surtout 1,3 milliard de travailleurs pauvres vivant avec moins de deux dollars US par jour et par personne. Le taux d'inactivité restant très élevé, un grand potentiel de la main-d'œuvre féminine demeure inexploité, selon l'institution internationale.

Bien que ne constituant pas une entité homogène, les pays en développement comme les pays émergents présentent une productivité du travail, un PIB/habitant de même qu'un IDH plus faibles que ceux des pays développés. Les pays émergents sont cependant en train de combler petit à petit leur retard surtout ceux d'Asie de l'Est et du Pacifique. D'après des données de l'OIT (2007), en Asie de l'Est, la production par travailleur a fortement augmenté

entre 1996 et 2006, passant de 1/8 à 1/5 par rapport au niveau atteint dans les pays développés. Ce faisant, l'écart avec les pays les moins avancés se creuse. En effet, selon MADISSON (cité par BENASSY-QUERE et al, 2004), au lendemain de la deuxième guerre mondiale, le PIB du Ghana dépassait de près de 50 % celui de la Corée du Sud. Au tournant du troisième millénaire, le PIB de la Corée était dix fois supérieur à celui du Ghana.

Le pays de l'Asie de l'Est et du pacifique connaissent le même succès concernant l'IDH. Ils enregistrent la progression la plus forte contrairement à l'Afrique subsaharienne et les pays de l'ancienne Union soviétique ayant connu la plus faible. En effet, les pays de l'ancienne Union soviétique sont confrontés à un accroissement de la mortalité des adultes. En ce qui concerne l'Afrique, cette lente évolution de l'IDH s'explique par la propagation du VIH. Trois de ces pays (Zambie, République démocratique du Congo et Zimbabwe) ont même connu une baisse de l'IDH par rapport en 1970, les seuls sur les 135 pays représentant 92 % de la population mondiale (L'Expansion, 2010).

Le continent africain connaît, sans aucun doute, la situation plus délicate au sein des pays en développement surtout dans sa partie subsaharienne. L'IDH était de 0.514 en Afrique subsaharienne en 2007 (Observatoires des inégalités, 2009) alors que l'IDH moyen mondial est passé de 0.57 en 1990 à 0.68 en 2010. Le continent détient les taux d'alphabétisation des adultes, les taux de scolarisation et de réussite scolaire les plus faibles alors que les taux de diminution des effectifs et de redoublement des classes sont élevés. L'exode des compétences entraine la baisse de la main-d'œuvre hautement qualifiée. La productivité de la main-d'œuvre dans le continent progresse lentement à cause de la faible accumulation du capital humain sans compter les nombreuses pertes de production dues aux maladies affectant la possibilité d'épargne et d'investissement (Nations Unies, 2000).

L'écart séparant les pays développés, les pays émergents et les pays les moins avancés en termes de productivité du travail, de performances économiques et de bien-être est tellement significatif qu'il est possible d'affirmer, au vue des analyses, que plus un pays se développe économiquement, plus la qualité de ses ressources humaines augmente. Dans le rôle du facteur capital joue également un rôle très important dans les disparités en termes de productivité. L'investissement étant de très loin plus significatif dans les pays développés, leurs travailleurs bénéficient des innovations et des formations les rendant encore plus productifs, creusant ainsi le fossé les séparant avec ceux des pays en développement.

Les pays économiquement développés ont plus de moyens et semblent plus enclins à investir sur les facteurs capital et travail, ce qui accroît leur avantage concurrentiel, impactant

par ricochet sur les performances économiques et humaines. Ce qui agit sur l'économie de manière structurelle exerce donc une influence sur le rendement des hommes. La protection impacte directement sur l'économie et par voie de conséquence influe sur les capacités productives. Cette influence est cependant diversement appréciée. Le chapitre suivant met en évidence l'argumentaire des deux principales thèses qui s'opposent sur la nature de l'apport de la protection sociale.

CHAPITRE II. L'impact de la protection sociale sur l'économie.

Au regard des dépenses qu'elle engendre et du débat qu'elle suscite, la protection sociale semble exercer une influence incontestable sur l'économie. Sujette à controverse, la nature de cet impact est diversement appréciée. Si de nombreux économistes assimilent la protection sociale à un obstacle à la compétitivité dans une économie concurrentielle, d'autres en font un outil de performance indispensable au développement. Mais en quoi agit-elle sur l'économie ? Y a-t-il des analyses objectives pouvant confirmer cette influence ?

Nous tenterons de répondre à ce questionnement. Pour ce faire, nous nous attachons à mettre en exergue les arguments comparant la protection sociale à une contrainte néfaste aux performances économiques. Ensuite, nous mettrons en évidence la démonstration des économistes considérant la protection sociale à un pilier favorisant les prouesses économiques.

§1. La protection sociale : obstacle aux performances économiques

Le libéralisme économique a toujours refusé l'interventionnisme de l'Etat dans le domaine social, limitant ses fonctions dans le domaine régalien. Adam SMITH (1776), considéré par la plupart des économistes comme le père de l'économie politique, listait les trois domaines d'intervention de l'autorité publique correspondant aux devoirs du souverain ou de la république. Selon lui, « *Le premier devoir du souverain, celui de défendre la société des violences et des injustices d'autres sociétés indépendantes, ne peut se remplir qu'à l'aide d'une force militaire ; mais dans les différents états de la société, dans ses différentes périodes d'avancement, la dépense à faire tant pour préparer cette force militaire, en temps de paix, que pour l'employer en temps de guerre, se trouve très différente. Le second devoir du souverain, celui de protéger, autant qu'il est possible, chacun des membres de la société contre l'injustice ou l'oppression de tout autre membre de cette société, c'est-à-dire le devoir d'établir une administration de justice. Le troisième et dernier des devoirs du souverain ou de la république est celui d'élever et d'entretenir ces ouvrages et ces établissements publics dont une grande société retire d'immenses avantages, mais qui sont néanmoins de nature à ne pouvoir être entrepris ou entretenus par un ou par quelques particuliers, attendu que, ceux-ci, le profit ne saurait jamais leur en rembourser la dépense*. »[13] Il fut l'un des premiers théoriciens du libéralisme économique qui prône la libre concurrence et la responsabilité individuelle. D'autres théoriciens ont par la suite suivi ses traces en mettant en garde sur les dérives de l'intervention étatique considérée comme nuisible notamment dans le domaine économique et social.

Dans les années 1880-1900, LEROY-BEAULIEU n'admettait aucune forme d'interventionnisme en matière sociale à cause de la forte croissance fiscale qu'elle engendre mais aussi du fait des effets de l'assistanat. Pour lui, un système de protection sociale ne peut être obligatoire. COLSON abondait dans le même sens en imputant à la généralisation des assurances sociales la responsabilité d'une baisse de salaire direct inéluctable et aussi la fraude inhérente aux grandes organisations (DOMIN, 2008). HATZFELD estimait que

[13] A. SMITH (1776), *Recherches sur la nature et les causes de la richesse des Nations – Les grands thèmes* – Document produit en version numérique par J.-M. TREMBLAY, Livre V : Du revenu du souverain ou de la république – Chapitre 1 : Des dépenses à la charge du souverain ou de la république. Pages 196, 200, 204 http://www.fichier-pdf.fr/2012/11/10/richesse-nations-extraits/richesse-nations-extraits.pdf

l'émergence de la protection sociale en France était à l'origine de l'affaiblissement des classes moyennes et de la petite propriété, celle des exploitants agricoles, des commerçants, des artisans, des petits propriétaires et rentiers, des professions libérales (surtout les médecins) et les propriétaires d'un capital intellectuel. Cette partie active de la population refusait les cotisations sociales obligatoires qu'elle assimilait à de l'impôt et déplorait la bureaucratie qu'elles engendraient (MURAD, 2001). La thèse assimilant la protection sociale à un frein aux performances économiques est aujourd'hui encore soutenue par de nombreux penseurs reposant sur divers arguments.

I. La protection sociale nuit à la compétitivité

La compétitivité est la capacité à faire durablement face à la concurrence. Elle concerne aussi bien les entreprises que les Etats et dépend principalement des coûts de production mais aussi du taux de change. Les coûts de production peuvent s'expliquer par :

- l'accessibilité des matières premières ;
- l'innovation ;
- la qualification de la main-d'œuvre
- les coûts du personnel etc.

La compétitivité regroupe deux principales composantes : la compétitivité-qualité et la compétitivité-prix. La compétitivité qualité est fondée sur la qualité du produit et l'innovation tandis que la compétitivité-prix traduit la facilité pour une entreprise ou un pays à contenir la concurrence grâce à une politique de différentiation portée sur les prix les plus bas possibles.

La conception dominante met en évidence les coûts élevés générés par la protection sociale qui nuirait à la compétitivité. Cette idée repose principalement sur deux justifications : une théorique et une empirique. La première stipule qu'un avantage concurrentiel dans cette mondialisation ne peut se faire qu'en facilitant la flexibilité du marché du travail, ce qui nécessite la réduction des obstacles de l'emploi tels que le salaire minimum, les indemnités de chômage etc. La seconde s'appuie sur la comparaison des modèles européen et américain. L'Europe se singularise par un chômage de masse alors que les Etats-Unis ne connaissent pas ce phénomène même si le nombre de travailleurs pauvres augmente. Cette idée a été largement défendue par John MAJOR, Premier ministre du Royaume-Uni (1990 à 1997) qui

disait préférer les nombreux emplois créés dans son pays plutôt que la protection sociale dont disposent les autres européens (FITOUSSI, 1994).

Pour les tenants de plus de libéralisation, la protection sociale, nécessitant un financement portant sur les cotisations sociales et/ou l'impôt, renchérit les coûts de la main-d'œuvre. Si son impact sur la compétitivité qualité est relativement limité, les effets négatifs de la redistribution des revenus notamment sur l'investissement et l'exil fiscal ne favorisent pas l'innovation. Elle compromet sérieusement la compétitivité prix. En effet, les coûts liés à la rémunération des salariés représentent une partie significative des coûts de production et impactent directement sur la compétitivité prix. Une monnaie à faible valeur associée à de bas salaires permettrait donc de proposer des prix inférieurs à ceux des concurrents, de gagner des parts de marchés supplémentaires et de réaliser des économies d'échelle et d'optimiser les profits.

Moins de protection sociale traduirait la baisse des coûts de production, la lutte contre le chômage, l'augmentation des revenus distribués et plus de souscription d'assurances privées pouvant protéger les travailleurs et leurs familles. Pour MURAD (2001), par contre, les comparaisons internationales ne démontrent pas l'impact négatif de la protection sociale sur la compétitivité à raison des problèmes de définition et d'interprétation. En effet, selon cette auteure, l'Europe se distingue par un niveau élevé des prélèvements obligatoires, cotisations sociales et coût du travail par rapport aux Etats-Unis et pourtant la différence en termes de compétitivité est loin d'être évidente entre ces deux puissances économiques. Ceci traduirait simplement que la relation mécanique entre protection sociale et performances économiques n'est pas automatique.

L'impact négatif de la protection sociale sur la compétitivité n'est pas non plus admis par MILLS (2001). Selon elle, dire qu'un coût du travail trop élevé handicaperait la compétitivité extérieure des entreprises locales, c'est réduire la compétitivité globale à la compétitivité-prix. « *La qualité du produit, sa fiabilité, les savoir-faire spécifiques sont autant de facteurs contribuant à la compétitivité hors-coût si bien qu'on ne peut estimer la compétitivité d'une entreprise ou d'un pays au seul fait que son coût du travail est faible.*»[14] Elle fait remarquer que l'Allemagne, malgré un coût de travail des ouvriers très élevé, fait parti des pays les plus compétitifs.

D'autres économistes émettent des réserves sur le caractère décisif de la compétitivité dans la quête de performances économiques et privilégient le recours à la productivité, jugée

[14] MURAD (2001), *La protection sociale*, Editions La Découverte, Paris, 1988, 1993, 1996, 2001

plus efficace bien que les facteurs des deux variables puissent être interdépendants. L'Institut de l'Entreprise[15] (2012), par exemple, privilégie l'accroissement de la productivité à cause des effets négatifs relatifs à la compétitivité. En effet, pour l'Institut, accroître la compétitivité passe nécessairement par une mesure sur la monnaie ou sur les coûts de production. Dans les deux cas, les conséquences négatives se répercutent au niveau économique. La sous-évaluation de la monnaie génère une compétitivité prix essentiellement conjoncturelle et la déflation salariale est un obstacle pour l'exigence de maintenir le pouvoir d'achat des salariés pour ces motifs suivants.

Selon l'institut de l'Entreprise (2012), la dévaluation est aventureuse pour au moins trois raisons :

- elle augmente de manière immédiate les importations et ses effets positifs sur les exportations ne se font ressentir qu'avec le temps ;
- elle rend plus cher les biens de consommation mais également l'ensemble des facteurs nécessaires à la production ;
- elle ne peut fonctionner que si les exportations suffisent à augmenter significativement les performances commerciales.

En ce qui concerne la déflation sociale, elle présente un danger pour l'offre :

- de par la diminution de la demande intérieure ;
- à cause du cycle récessif néfaste à l'activité ;
- et parce qu'elle est peu propice pour assurer les conditions de la compétitivité.

La protection sociale nuirait ainsi à la compétitivité. Ces coûts très élevés seraient nuisibles aux entreprises et mais sont également inadaptés pour faire face aux problèmes que la protection sociale cherche à solutionner telle que la lutte contre les inégalités sociales et la pauvreté.

[15] Créé en 1975, l'Institut de l'Entreprise est une entité indépendante déployant une réflexion sur la relation entre l'entreprise et son environnement. En s'appuyant sur un réseau d'experts, l'institut réalise des études et fait aussi de la formation.

II. Le volet Assistance : une solution inadéquate pour la réduction des inégalités et de la pauvreté

La protection sociale cherche à réduire les inégalités sociales. Elle attribue des revenus secondaires à des catégories vulnérables pour faire face à des situations sociales particulières en prélevant des impôts sur les revenus primaires d'autres catégories mieux loties. Elle serait une mauvaise solution. Pour certains économistes tels que GALOR et MOAV (cités ATTANASIO et BINELLI, 2004), ces inégalités sont nécessaires car la concentration de richesses est indispensable pour initier de nouvelles activités industrielles et promouvoir l'innovation technologique qui sont un impératif pour un développement réussi. D'autres n'attribuent pas les mêmes vertus aux inégalités mais pensent que seule des performances économiques soutenues peuvent arriver à les réduire et à lutter contre la pauvreté. Cette idée a été largement défendue par DOLLAR et KRAAY (2001). Ces auteurs fondent leur analyse sur des bases empiriques confortées par des analyses d'ordre théorique. En effet, ils ont examiné l'évolution d'un groupe de pays en développement considérablement ouverts au commerce international au cours des deux dernières décennies. Selon eux, contrairement à une idée reçue, le développement des échanges a fortement favorisé la croissance économique, le recul de la pauvreté et a contribué au ralentissement des écarts entre riches et pauvres.

DOLLAR et KRAAY (2001) fondent leurs arguments sur l'expérience d'un groupe des pays en développement ayant connu une forte augmentation des échanges depuis vingt ans. Ce groupe de pays, appelé les « mondialisateurs » « d'après 1980 », c'est-à-dire des pays qui se sont ouvert au commerce mondial à partir de 1980.

Ayant exclu les pays membres de l'OCDE, de l'Asie de l'Est (République de Corée, Hong Kong, Singapour et Taïwan) et le Chili, les auteurs ont classé le reste des pays en développement en fonction de l'augmentation de leurs échanges par rapport au PIB au cours des vingt dernières années.

Le groupe des « mondialisateurs » a doublé ses échanges à 33 % du PIB tandis que les non « mondialisateurs » subissaient une baisse.

DOLLAR et KRAAY (2001) dégagent quatre conclusions :

✓ *Les taux de croissance ont augmenté*

- La croissance du PIB/habitant chez les « mondialisateurs » d'après 1980 est passée de 1,4 % par an dans les années 1960 et 2,9 % dans les années 1970 à 3,5 % dans les années 1980 et 5,0 % dans les années 1990 ;
- La croissance des pays riches est passée de 4,7 % dans les années 1960 à 2,2 % dans les années 1990 ;
- Les pays en développement non « mondialisateurs » sont passés de 3,3 % de croissance dans les années 1970 à 1,4 % dans les années 1990.
- La croissance s'est accélérée pour 18 des 24 « mondialisateurs » de façon soutenue.

Au delà de ces analyses empiriques, les auteurs ont d'abord estimé l'effet du commerce sur la croissance sur la base des échanges des pays d'une décennie à l'autre en pourcentage du PIB. Ceci leur a permis d'éliminer la composante « échange » déterminée par la géographie des pays et de donner une mesure plus nette de l'influence de la politique des échanges. Pour gommer les effets d'autres changements concomitants des politiques et des institutions susceptibles d'affecter la croissance, ils ont inclus des mesures de stabilité de la politique monétaire, du développement financier et de la stabilité politique. Enfin, ils ont utilisé une méthode économétrique dont les résultats sont moins susceptibles de refléter un lien de causalité inverse, c'est-à-dire les effets de la croissance sur les échanges.

Les résultats obtenus confortent leurs observations antérieures. Une augmentation des échanges de 20 points du PIB ajoute entre 0,5 et 2 points de croissance par an.

✓ *L'inégalité n'a pas augmenté de façon systématique*

En moyenne, l'augmentation des échanges profiterait à tout le monde. En étudiant plus de 100 pays développés et en développement, ils notent une absence de toute corrélation entre les variations des échanges et celles de l'inégalité. Selon eux, il n'y a guère de faits indiquant que les inégalités augmentent ou diminuent quand les échanges augmentent.

✓ *La pauvreté a diminué*

Les augmentations de croissance et le peu de variation systématique de l'inégalité chez les « mondialisateurs » ont participé à la réduction de la pauvreté. La part de la population de ces pays vivant en dessous du seuil de pauvreté a fortement diminué passant de la décennie de 1980 aux années 1990, de 43 à 36 % au Bangladesh et de 20 à 15 % en Chine.

✓ *L'écart entre riches et pauvres s'est restreint*

La croissance plus rapide chez les « mondialisateurs » que celle des pays riches entraîne une réduction de l'écart en termes de revenu par habitant. L'inégalité entre les personnes a été stable depuis quarante ans, montrant au plus une faible tendance à la baisse probablement non significative.

Pour DOLLAR et KRAAY (2001), les inégalités de revenu entre les personnes s'expliquent en majeure partie par les grandes différences de revenu moyen entre les pays plutôt que par la distribution du revenu à l'intérieur des pays. Une étude de DEATON et DREZE va dans ce sens en présentant la croissance économique comme la solution la plus efficace pour réduire la pauvreté. Ils confirmaient, une réduction substantielle de la part de la population de l'Inde (un des mondialisateurs) vivant en dessous du seuil de pauvreté entre 1987-1988 et 1999-2000 (cf tableau 7). Cette réduction a été spectaculaire en zones urbaines permettant ainsi de ramener la pauvreté de 39,1 à 24,1 % de la population pendant cette période. Ce tableau 7 peut être complété par le tableau 8 permettant à RODRIK et SUBRAMANIAN de montrer l'accélération de la croissance que l'Inde a connu pendant ces 20 années (AGHION et HOWITT, 2010).

***Tableau 7* : Réduction de la pauvreté en Inde mesurée en ratios d'effectifs (pourcentage)**

	Méthodologie officielle			**Estimations ajustées**		
	1987-88	1993-94	1999-2000	1987-88	1993-94	1999-2000
Zone rurale	39,4	37,1	26,9	39	33	26,3
Zone urbaine	39,1	32,9	24,1	22,5	17,8	12

Officiel : données sur la consommation tirées de la Planning Commission ample Survey
Ajusté : données sur la consommation améliorées pour la comptabilité et meilleurs indices de prix
Source : AGHION P. et P. HOWITT (2010), *L'économie de la croissance*, Economica, p 2

***Tableau 8* : Coupe transversale en Inde : taux de croissance de l'output par travailleur, 1970-2000**

	1970-80	1980-90	1990-2000
Taux de croissance moyen	0,77	3,91	3,22

Source : AGHION P. et P. HOWITT (2010), *L'économie de la croissance*, Economica, p 2

S'il est vrai que les performances économiques peuvent participer à la réduction de la pauvreté, la non maitrise des inégalités peut constituer un obstacle pouvant nuire à l'efficacité de la croissance économique dans sa lutte contre la pauvreté. BOCCANFUSO et TAMBI KABORE (2004) ont mis en en évidence le rôle négatif que engendre les inégalités sur l'effet de la croissance économique. Leurs investigations n'ont pas confirmé le bien fondé de la croissance économique en termes de réduction de la pauvreté comme le stipulent DOLLAR et KRAAY (2001).

Une étude menée dans deux pays en développement a permis à BOCCANFUSO et TAMBI KABORE (2004) d'aboutir à des conclusions différentes. Pour ces auteurs, les croissances du PIB observées dans certains pays sont paradoxalement accompagnées par une augmentation de l'incidence[16] de la pauvreté. Ayant pour principal objectif de mesurer la part des effets de croissance et d'inégalité dans la relative aggravation de la pauvreté dans deux pays de l'Afrique de l'Ouest (Sénégal et Burkina Faso), ils ont mené une étude pour décomposer la variation de la pauvreté en une composante croissance et en une composante inégalité. Pour évaluer les effets empiriques de la croissance et de la distribution des revenus sur la pauvreté, les auteurs se sont appuyés sur l'approche statique de KAKWANI (1993) et deux méthodes dynamiques, DATT et RAVAILLION (1992) et KAKWANI (1997). L'approche de KAKWANI (1993) est avant tout une analyse statique et pertinente dans le cas d'une comparaison des deux pays, ils appliquent les méthodes dynamiques plus appropriées, selon eux, pour cerner la décomposition de la pauvreté à travers le temps.

[16] *« L'incidence de pauvreté représente la proportion de la population ou des ménages dont le revenu ou la consommation se situe en dessous du seuil de pauvreté, c'est-à-dire la part de la population ou des ménages qui ne peut pas se permettre d'acheter le panier de produits correspondant au minimum vital. Un analyste peut estimer l'incidence de pauvreté et l'incidence d'extrême pauvreté en utilisant deux seuils de pauvreté. De même, dans le cas des indicateurs non monétaires, l'incidence de la pauvreté mesure la part de la population ou des ménages qui n'atteint pas le seuil défini (par exemple, le pourcentage de la population ayant bénéficié de moins de trois ans d'éducation, le pourcentage de ménages qui ne parviennent pas à satisfaire un nombre requis de besoins essentiels, et.). »* PNUD (2007), « *Mesure de la pauvreté selon la méthode de degré de satisfaction des besoins essentiels (DSBE) – Expérience du Niger* », page 15, http://www.pnud.ne/DSBE.pdf

Pays à faibles revenus, le Burkina Faso est confronté à des difficultés d'enclavement et d'aléas climatiques. Ayant appliqué des politiques d'ajustement structurel depuis 1991, ce pays membre de la zone franc a connu la dévaluation en 1994. Les effets de ces politiques et de la dépréciation de la monnaie se sont traduits par une augmentation de la croissance en termes réels. Entre 1995 et 1998, le taux de croissance du PIB moyen s'établit à 5 % alors qu'il était de 1,5 % pour la période 1993-1995. Cette amélioration résulte de l'accroissement de la consommation (8,8 %), de l'investissement (18,4 %) et des exportations (12 %). Néanmoins, cet accroissement de la croissance ne s'est pas manifesté par une amélioration sur le plan social. Le Burkina Faso a connu une légère aggravation de la pauvreté entre 1994 et 1998 : 44,5 % à 45,3 %. De même que le Burkina Faso, le Sénégal a adopté des politiques d'ajustement structurel et a également espérer profiter de la dévaluation du FCFA pour stimuler sa compétitivité. Le pays a connu une forte croissance du PIB post-dévaluation, le taux de croissance étant de 2,9 % entre 1994 et 1995 contre une moyenne de 2,1 % entre 1985 et 1993 avec toutefois un taux négatif (- 2,2 %) en 1993. Ce surcroit de la croissance a profité aux secteurs secondaires et tertiaires. En dépit de ses résultats économiques, le Sénégal reste confronté à une indigence significative. D'après l'enquête ESAM 2000, malgré une légère diminution, la pauvreté touchait de l'ordre de 47 % des ménages (BOCCANFUSO et TAMBI KABORE, 2004).

L'application des deux méthodes fournit des enseignements intéressants. Les résultats sont présentés dans le contexte national en 1995 et 2000 pour le Sénégal et en 1994 et 1998 pour le Burkina Faso.

La décomposition statique révèle une augmentation de la pauvreté au Sénégal au début de la décennie puisqu'à inégalité constante, la croissance entraîne une hausse de la pauvreté d'autant plus importante que le paramètre aversion augmente. Entre 1995 et 2000 par contre, une baisse de la pauvreté a été notée. Pour le Sénégal comme pour le Burkina Faso, la composante « croissance » a un impact favorable à la réduction sur la pauvreté. A contrario, la composante « inégalité » a un impact défavorable sur la pauvreté, plus fort que l'effet de la croissance. Dans le cas d'une croissance économique négative, ces deux pays sont confrontés à une hausse de la pauvreté plus marquée dans le cas du Burkina Faso. Les auteurs préconisent que les politiques économiques de croissance mises en place soient jumelées à des politiques de réduction des inégalités afin d'éviter que ces dernières réduisent l'action de la croissance sur la pauvreté.

La décomposition dynamique livre deux enseignements importants :

- La croissance du niveau moyen du revenu ou de dépenses n'entraîne pas nécessairement la réduction de la pauvreté. Si cette croissance ne compense pas la croissance conjointe du seuil de pauvreté (cas du Burkina Faso), la pauvreté peut s'aggraver. Une faible croissance n'a d'effets positifs sur la réduction de la pauvreté que si le seuil de pauvreté est stabilisé.

- La distribution des revenus a contribué à réduire l'incidence, la profondeur[17] et la sévérité[18] de la pauvreté entre 1994 et 1998 tandis qu'elle les a augmenté au Sénégal entre 1995 et 2000.

Pour BOCCANFUSO et TAMBI KABORE si les politiques économiques parviennent à stabiliser le seuil de pauvreté, les augmentations des revenus et des dépenses traduiront la réduction de la pauvreté.

Le volet assistance ne semble donc pas incompatible aux performances économiques. MILLS (2001) fait remarquer que cette composante de la protection sociale n'a pas pour mission principale de réduire les inégalités mais assure d'autres fonctions très importantes :

- une fonction démographique permettant de relever le taux de fécondité pour assurer le renouvellement des générations et pallier ainsi au vieillissement de la population ;

- une fonction économique en contribuant à la création et au renouvellement de la force de travail en assurant la formation afin de la rendre productive ;

---

[17] « *La profondeur de la pauvreté indique la distance à laquelle les ménages se trouvent par rapport au seuil de pauvreté. Dans le cas d'analyses monétaires, elle mesure le déficit collectif moyen de revenu ou de consommation par rapport au seuil de pauvreté pour l'ensemble de la population. La profondeur de la pauvreté est obtenue en faisant la somme de tous les déficits des individus en situation de pauvreté (en supposant un déficit de zéro pour les non pauvres) et en divisant le résultat par le total de la population. Elle indique le niveau de dépense nécessaire pour permettre à chaque personne d'atteindre un niveau de revenu ou de consommation égal au seuil de pauvreté. En d'autres termes, elle permet d'évaluer le total des ressources nécessaires pour amener l'ensemble de la population pauvre au niveau du seuil de pauvreté, autrement dit pour éliminer la pauvreté.* » PNUD (2007), « *Mesure de la pauvreté selon la méthode de degré de satisfaction des besoins essentiels (DSBE) – Expérience du Niger* », page 15, http://www.pnud.ne/DSBE.pdf

[18] « *La sévérité de pauvreté est la moyenne des carrés des écarts entre le niveau de consommation des pauvres et le seuil de pauvreté. Cette mesure tient compte non seulement de la distance séparant les pauvres du seuil de pauvreté (écart de pauvreté), mais aussi de l'inégalité entre les pauvres. Elle attribue une pondération plus importante aux ménages situés à une plus grande distance du seuil de pauvreté. Plus la proportion des ménages pauvres est grande, plus la sévérité est forte, et plus il y a dispersion des pauvres autour de leurs dépenses moyennes, plus cette sévérité est forte. L'application de cette mesure aux indicateurs non monétaires est très limitée.* » PNUD (2007), « *Mesure de la pauvreté selon la méthode de degré de satisfaction des besoins essentiels (DSBE) – Expérience du Niger* », page 16, http://www.pnud.ne/DSBE.pdf

- une fonction de maintien ou de renouvellement du pouvoir d'achat des familles pour les aider à subvenir aux besoins d'éducation et d'entretien de leurs enfants ;

- elle est aussi un instrument de la cohésion sociale.

III. L'impact négatif de la protection sociale sur l'emploi et la croissance

III.1. Les effets pervers des prestations sociales

L'INSEE (2012), définit les prestations sociales comme des : « *transferts, en espèces ou en nature, aux ménages qui sont destinés à alléger la charge financière que présente pour ceux-ci la protection contre un certain nombre de risques ou de besoins (liés à la maladie, la vieillesse, le logement, etc.). Ils sont effectués dans le cadre de l'assurance sociale par l'intermédiaire de régimes (publics ou privés) organisés de façon collective ou bien, en dehors de ces régimes dans le cadre de l'assistance sociale, par des unités des administrations publiques ou des ISBLSM* »[19].

Selon les pays, les prestations sociales peuvent représenter une part très importante du PIB. En France par exemple, elles s'élevaient à 570,4 milliards d'euros en 2008, représentant ainsi la plus grande part des dépenses hors transfert liées à la protection sociale (DREES, 2010). Pour plusieurs raisons, ces prestations sociales freineraient la croissance et accentueraient le chômage.

III. 1.1 Elles peuvent dévaloriser le travail

Lorsqu'une personne inactive reprend le travail, elle peut perdre certaines prestations relatives aux conditions de ressources. Elle peut aussi devenir imposable et est parfois amenée à faire face à de nouvelles dépenses comme le transport ou la garde de ses enfants. Il est donc possible que son salaire de réserve, c'est-à-dire le salaire minimum en dessous duquel elle refuse de travailler, soit élevé et supérieur à celui auquel elle peut prétendre. Dans ce cas, elle renonce au travail et se retrouve dans la « *trappe à inactivité* »[20] (CAHUC et ZYLBERBERG, 2003). COLLIN a montré en 2000 (cité par GAUTHIER, 2010), que le taux de sortie du RMI est d'autant plus faible que l'allocation RMI perçue est

[19] INSEE (2012), « Prestations sociales (Comptabilité nationale), Définition », http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/prestations-sociales.htm

[20] « *La trappe à inactivité doit être distinguée de la trappe à chômage qui fait référence à la non-reprise d'emploi de certains chômeurs indemnisés. Ces derniers se trouvent alors dans une situation dite de chômage « volontaire ». Un travailleur se trouvant dans une trappe à inactivité n'est pas un chômeur parce qu'il ne recherche aucun emploi. Il devrait être qualifié d'inactif volontaire* » (CAHUC et ZYLBERBERG, 2003)

élevée. Il justifie son argumentation en s'appuyant pourtant sur une enquête révélant que l'emploi était le principal motif de sortie du RMI. Un tiers des allocataires percevant une allocation inférieure à 1600 francs par mois en décembre seraient sortis du RMI alors que seulement 10 % de ceux percevant une allocation supérieure à 2200 francs par mois en décembre 1997 en seraient sortis en Août 1998.

Pour MAJNONI d'INTIGNANO (1997), la protection sociale influe sur le comportement face à l'emploi. Elle explique le niveau et la durée du chômage en Europe par une forme de consensus implicite en faveur de l'exclusion. L'ampleur du chômage dans le vieux continent comparé aux Etats-Unis s'expliquerait par l'attitude de la population américaine favorable à l'emploi. Aux Etats-Unis, un chômeur sur dix le resterait plus d'un an, en Europe un sur deux. Un américain chômeur le reste moins de trois mois, change de ville, d'Etat ou de qualification, accepte un salaire plus bas, mais retrouve un emploi. Le chômage ne paraît pas comme un risque majeur (à part dans les minorités raciales défavorisées), au contraire de la maladie. Un européen peut renoncer à chercher un emploi, sachant protéger par un revenu minimum et une assurance maladie. Le revenu minimum qu'il touche, sans travail, est plus élevé que le salaire minimum américain et est supérieur au salaire d'un cadre en Afrique. Cela s'explique, selon l'auteure, par le fait que l'Amérique tolère la mobilité du travail, l'absence de protection sociale et l'inégalité croissante des revenus, mais procure des emplois et l'espoir de l'ascension sociale. Tandis que l'Europe tolère l'exclusion et le chômage, et avec eux, le désespoir de l'exclusion. Pour ces raisons, l'Europe compte non seulement plus de chômeurs déclarés mais aussi beaucoup plus d'inactifs à charge de l'Etat-providence que les autres zones.

MAJNONI D'INTIGNANO (1997) pense que non seulement les prestations sociales peuvent constituer une alternative au travail mais sont également susceptibles de générer des effets pervers. L'auteure précise que ces transferts sociaux entraînent, à cause de leur générosité abusive, un risque d'exclusion réelle et en raison de leur durée, la marginalisation du chômeur pouvant se décourager et perdre ses qualifications. Elles peuvent, toujours selon l'auteure, de par leur grande tolérance, être la source d'abus susceptible de nuire au système.

III. 1.2 Elles peuvent être néfastes à la croissance

Selon MIRRLES (1971) cité par BEAUJOLIN-BELLET et al, 2002, le versement des prestations sociales peut réduire l'offre de travail et donc la main-d'œuvre nécessaire à la croissance. A cela s'ajoute leur impact négatif sur l'épargne et l'investissement. Ces

arguments sont partagés par de nombreux économistes relayés par ARJONA et al. (2002). LEWIS (1954), KALDOR (1956 ; 1957) et STIGLITZ (1969) mettaient en avant le rôle crucial de l'épargne dans l'économie en soutenant que son niveau élevé se traduit par plus d'investissement et plus de croissance. Les personnes riches devraient donc être préservées car elles ont une propension marginale à épargner forte contrairement aux plus démunis. Une redistribution au profit de ces derniers ne ferait que retarder la croissance. En faisant allusions à l'universalité de l'Etat-providence, LINDBERCK (1975) affirme que le système de redistribution est devenu « politisé » et entraînera à terme une perte de capacité entrepreneuriale et de capacité d'innovation. Les individus seraient encouragés à rechercher leur bien-être matériel par le biais du processus politique en privilégiant l'adoption des lois redistributives et au détriment de l'activité économique. PERSSON et TABELLINI (1994) ont également évoqué cette dimension « politique » de la distribution. Grâce à des données datant de 1830 concernant un groupe de pays devenu pour la plupart membres de l'OCDE et aux informations plus récentes remontant à 1945 concernant cette fois-ci un plus grand nombre de pays, ils ont fait des investigations sur la relation redistribution-croissance dans les deux groupes. Leur étude montre que dans tous les cas, une redistribution plus large du revenu entraîne une croissance plus lente à cause du comportement des électeurs. A chaque fois, ces derniers se prononcent sur des politiques de réduction des écarts de revenus ayant, néanmoins, comme effets secondaires de freiner la croissance.

Cette analyse peu flatteuse du rôle des transferts sociaux contraste avec l'importance que leur accorde de nombreux penseurs. ENJOLRAS (1999) reconnaît des effets pervers liés à certaines interventions sociales, le rôle déterminant du marché dans la prospérité des économies industrielles et les contraintes extérieures pesant sur les économies nationales. Cependant, selon lui, dire que les politiques sociales contribuent à l'aggravation des maux qu'elles cherchent à traiter, c'est à son sens, avoir une vision partielle du tableau. Les politiques sociales seraient nécessaires pour faire face aux échecs du marché et contribueraient aux améliorations parétiennes et à la performance économique. DELORME et ANDRE (1983) pensent que les transferts sociaux représentent un stimulant de l'activité économique en contribuant directement à l'alimentation de la demande finale. BOYER (2001) rappelle leur rôle de stabilisation déterminant dans les années 1950-1980 lors du ralentissement conjoncturel (MENAHEM, 2007). Pour ATKINSON et al (2001), la pauvreté de la population active peut être réduite avec des réformes sur le marché du travail mais celle touchant les personnes âgées et d'autres groupes inactifs requiert des transferts sociaux.

Cette analyse a été confirmée par HEIKKILA et KUIVALAINEN (2002), à l'aide des investigations focalisées sur l'Europe, s'appuyant sur le rapport d'Eurostat et de la commission européenne en 2001. En effet, 17 % des citoyens vivaient en dessous du seuil de pauvreté (fixé à 60 % du revenu moyen national) dans l'Union européenne avec de fortes disparités. La Grèce et le Portugal sont singulièrement concernés par l'ampleur de la pauvreté qui touche respectivement 33 et 35 % de la population. Les personnes âgées de plus de 65 y sont particulièrement exposées. Dans la région européenne, environ 40 % des chômeurs ont des revenus inférieurs à 60 % du revenu moyen national. Cette proportion est plus forte au Royaume-Uni par exemple où les chômeurs ont huit fois plus de risques d'avoir des revenus faibles, ce qui contraste avec la situation des pays de l'Europe du Nord. Pour HEIKKILA et KUIVALAINEN (2002), il existe une étroite relation entre le rôle des prestations sociales et le niveau de la pauvreté et de l'exclusion, l'insuffisance des revenus étant fortement liée aux inégalités sociales. Leur étude comparative met en évidence le rôle crucial des prestations sociales sur la cohésion sociale et comme instrument essentiel en faveur des populations les plus défavorisées. Les pays scandinaves et de l'Europe Occidentale seraient mieux armés pour lutter contre la pauvreté grâce aux dispositifs favorisant les transferts sociaux. En Finlande, avec l'universalité des droits sociaux, l'égalité des sexes est une priorité de même que la lutte des inégalités sociales. Cet objectif d'équité et de justice sociale cohabite parfaitement avec des objectifs de plein emploi. Selon ces auteurs, ce système social n'empêche pas ce pays de connaître depuis 1994 une augmentation annuelle de son PIB oscillant entre 4 et 6 %.

Tableau 9: Taux de pauvreté relative dans les pays de l'UE en 1996 et 1997 (60 % du revenu moyen national)

Pays	1996	1997
EU-15	17	18
Belgique	17	15
Danemark	11	8
Allemagne	16	14
Grèce	21	22
Espagne	18	19
France	16	17
Irlande	18	20
Italie	19	19
Luxembourg	12	-
Pays-Bas	12	13
Autriche	13	13
Portugal	22	23
Finlande	8	9
Suède	14	12
Royaume-Uni	19	22

Source : HEIKKILA M. et S. KUIVALAINEN (2002) : données tirées pour 1996, la situation sociale dans l'Union Européenne, Eurostat 2001, Annexe 1 et pour 1997, Communication de la commission au conseil, Parlement européen, comité économique et social et comité des régions, Projet d'exposé sur l'évolution de la situation sociale.

III.2. Les effets relatifs au financement de la protection sociale

Selon l'OCDE (2007), les dépenses de protection sociale sont en général financées grâce aux cotisations sociales et taxes affectées et/ou l'impôt. Dans la majorité des pays de l'OCDE, ces ressources financières couvrent plus de 60 % des dépenses de protection sociale et ne cessent d'augmenter avec l'accroissement des frais sociaux. La conséquence de cette augmentation est l'élévation du coin social qui à son tour engendre un chômage supplémentaire pour trois raisons :

- la progressivité du système de financement,
- du lien entre ceux que perçoivent les salariés en termes de prestations sociales et de ceux qu'ils paient en contrepartie,
- de l'impact sur les revendications salariales et des revenus de remplacement fiscaux sur les revenus de travail.

En France, le financement de la protection sociale constitue pour de nombreuses analystes, une des causes principales de la perte de compétitivité des entreprises. Dans son

rapport au Premier Ministre, J.-B. de FOUCAULD[21] (1995) mettait en garde sur l'impact du coût de la protection sociale sur l'emploi et la croissance. Selon lui, s'il n'y a pas respect de la contrainte financière imposant au système d'être équilibré, le financement de la protection sociale risque de se faire par endettement à la charge des générations futures. Les effets macroéconomiques à moyen terme des divers modes de financement permettent de distinguer les prélèvements directs sur les ménages (cotisations des salariés, CSG, IR) et les ponctions se traduisant par une augmentation des prix (TVA et TIPP, cotisations des employeurs sur les salaires). Chacun de ses prélèvements entraînerait une perte de pouvoir d'achat des ménages mais aussi des effets inflationnistes du rattrapage des prix par les salaires, ce qui nuirait à la croissance et à l'emploi. La dynamique des cotisations sociales pour les employeurs pourrait nuire encore plus fortement l'emploi avec l'alourdissement du coût du travail. Pour FOUCAULD (1995), même s'il parait plus difficile de prévoir à long terme les répercussions des changements d'assiette relevant des modifications structurelles, leurs conséquences, sont sans doute plus importantes et leur quantification très délicate, l'impact de ces prélèvements sur les comportements d'offre et de demande de travail et d'épargne étant mal connu.

III.3. Les effets du salaire minimum

L'adoption du salaire minimum a pour but de promouvoir la justice sociale, de lutter contre la pauvreté, de réduire l'exploitation et de renforcer les incitations au travail. Il est cependant très difficile d'isoler l'impact du salaire minimum par simples comparaisons internationales (GREGG, 2000). Les études existantes n'indiquent pas une réduction de la pauvreté et des inégalités due à un salaire minimum élevé. La pauvreté est principalement liée à l'insuffisance de l'emploi et non à la faiblesse des revenus d'activités : seulement 1 % des personnes employées à temps plein pendant toute l'année sont pauvres. Il n'impacte pas sur les inégalités non plus, les pays les moins inégalitaires tels que la Finlande, le Danemark, la Suède et l'Italie n'ayant pas de salaire minimum légal ni en Allemagne ou en Autriche où la persistance du risque pauvreté est très basse. Il apparaît même que l'utilisation du salaire minimum est inopportune lorsque les taxes et les prestations sociales sont utilisées au mieux (CAHUC et al, 2008).

[21] Jean Baptiste de FOUCAULD : Commissaire français au Plan, Spécialiste des questions d'emploi, de lutte contre le chômage pour la solidarité

D'un point de vue microéconomique, dans un contexte de concurrence pure et parfaite, le salaire minimum est assimilable à un obstacle à l'embauche. L'entreprise, visant à générer du profit, n'embauchera que si la valeur de la productivité engendrée par le travail est supérieure ou égale au salaire. En l'absence d'autres contraintes que celle de la rentabilité, il y a égalité entre productivité du travail et salaire réel à l'équilibre du producteur. Toute augmentation de la rémunération se traduirait donc par un déséquilibre au niveau du marché du travail, toutes choses étant égales par ailleurs. Ce déséquilibre est source de chômage et va surtout affecter les travailleurs les moins performants non rentables (SZPIRO, 2007). Cet argument est partagé par VUILLEMEY (2008) basant son raisonnement sur le fait que fixer ce seuil légal est une interdiction de payer un salaire inférieur même si le travailleur ne rapporte pas à l'entreprise une telle somme. C'est donc, selon lui, un créateur de chômage portant préjudice à ceux étant peu ou pas formés. A cela s'ajoute la lourdeur des cotisations sociales rendant la main-d'œuvre très chère et peu compétitive par rapport aux pays à bas coûts. Il prend pour l'exemple le modèle français où l'emploi d'un collaborateur au SMIC coûte environ 1500 euros à l'entreprise (exonérations incluses). Aux cotisations patronales s'ajoutent d'autres frais rendant plus cher l'embauche des travailleurs tels que les coûts d'absence, formalités administratives, coûts liés à la gestion du personnel etc. Les travailleurs ne disposant pas d'aptitudes ou d'expérience leur permettant de produire mensuellement une telle valeur n'auront aucune chance sur le marché de l'emploi. A l'instar des personnes peu ou pas formées, les jeunes diplômés souffriraient particulièrement des effets du SMIC. COUSINEAU (1979), pour sa part, évoque le cas du Québec pour notifier les inconvénients relatifs à l'instauration de ce salaire plancher. Pour lui, au cours des années 1970, l'augmentation du salaire minimum au Québec a pu accroître le taux de chômage des jeunes âgés des moins de 25 ans de 2,9 points de pourcentage. Cette augmentation n'aurait pas épargné les femmes qui ont subi un chômage supplémentaire de 1,7 à 2,3 points de pourcentage.

Certains penseurs font remarquer qu'au-delà du salaire minimum, c'est la réglementation qui peut entraver la bonne marche du marché du travail et générer ainsi du chômage. S'appuyant sur les positions de nombreux économistes tels que LAZEAR (1990), LINBECK et SNOWER (1988), AKERLOF et YELLEN 1986), ENJOLRAS (1999) met en évidence les effets négatifs de la réglementation pour les raisons suivantes :

- la réglementation en matière de sécurité de l'emploi génère une inefficacité et entraîne un sous-emploi ;

- les coûts de turnover alimentent le pouvoir de marché des insiders au détriment des outsiders ;
- la sécurité de l'emploi réduit la probabilité de licenciements et peut avoir des effets négatifs sur l'effort de travail ;
- les coûts de turnover empêcheraient l'ajustement du volume de l'emploi aux fluctuations de la conjoncture. Ils auraient un impact négatif sur la vitesse d'adaptation des firmes aux changements technologiques.

Une autre lecture des effets du salaire minimum et de ses conséquences sur l'emploi et la pauvreté a été mise en exergue. MARTIN et IMMERVOLL (2007) relativisent l'impact su salaire minimum en rendant moins significative ses effets négatifs si le niveau de la rémunération est attribué de manière acceptable. Selon les auteurs, s'il est convenablement fixé, il n'a pas nécessairement des effets négatifs sur les perspectives d'emploi. Son application dans de nombreux pays développés prouverait qu'il n'a pas que des répercussions négatives. En effet, sur les 30 pays membres de l'OCDE, 21 appliquent un salaire minimum légal. Pour les 9 autres, le marché du travail est en général réglementé avec le recours des conventions collectives pour fixer des salaires planchers. Et pour les travailleurs exclus de ces conventions, l'Etat intervient parfois. C'est le cas de l'Allemagne qui a adopté en 1997 un salaire plancher dans le secteur de la construction pour le protéger du dumping salarial dû au recours de la main-d'œuvre étrangère. MARTIN et IMMERVOLL (2007) estiment que le salaire minimum peut être un atout car il dissuade les employeurs de s'approprier des allégements fiscaux destinés à améliorer la rémunération nette des travailleurs à bas salaires. Il peut, selon les auteurs, accroître l'équité et inciter à reprendre le travail. S'il est fixé trop bas, MARTIN et IMMERVOLL (2007) pensent qu'il perd ses avantages. Par contre, son niveau très élevé peut nuirait à l'embauche des personnes peu ou pas qualifiées.

SAGET (2002/03) du BIT va plus loin dans son analyse des avantages du salaire minimum. Selon elle, le salaire minimum ne profite pas seulement aux travailleurs peu ou pas qualifiés. Les employeurs comme les pouvoirs publics peuvent y trouver leur compte. Il représente une triple source de productivité pour l'entreprise. Il permettrait de réduire le nombre de salariés qui s'arrangent pour éviter le travail et abaisse le taux de rotation de la main-d'œuvre. Il serait aussi un outil efficace pour assurer la paix sociale dans l'organisation. L'instauration du salaire minimum permettrait également aux autorités publiques de redistribuer les revenus et de lutter contre les inégalités dans les pays où l'emploi salarial est développé. Il pourrait, en outre, leur permettre de renforcer leur assise populaire. C'est

pourquoi l'Etat devrait, selon l'auteure, jouer un rôle majeur pour assurer que la négociation sur le salaire minimum soit un succès :

- en fournissant un cadre institutionnel pour la fixation du salaire minimum et la négociation collective,

- en offrant aux partenaires sociaux une information de qualité actualisée

- en décidant si les accords conclus par le biais de la négociation collective devraient être étendus ou non aux autres secteurs ou groupes de travailleurs.

Cette thèse assimilant la protection sociale à un frein aux performances économiques et humaines repose principalement sur son aspect redistributif qui, de par le salaire de réserve élevé qu'il engendre, dévalorise le travail et de par son financement, nuit à l'épargne, l'investissement et à la croissance économique. En revanche, ce positionnement apparaît réducteur pour de très nombreux économistes considérant la protection sociale comme un facteur indispensable au capital humain et au développement durable.

§2. La protection sociale, indispensable au développement socioéconomique et humain

Le débat sur l'apport de la protection sociale sur l'économie est étroitement lié à l'intervention publique. Contrairement aux néoclassiques, nombreux sont les économistes prônant l'implication publique dans l'activité économique. KEYNES justifiait l'intervention publique par l'instabilité des comportements privés et l'absence de correction automatique des déséquilibres en présence de rigidités nominales sur les marchés des biens et services et du travail. Les politiques monétaires ou budgétaires seraient indispensables pour atténuer les cycles d'activité (BENASSY-QUERE et al, 2004). Le rôle de l'Etat, indispensable dans une économie de marché, est aussi évoqué par DEBLOCK et al, 2004. Ils louent la régulation du marché et estiment que l'intervention de l'Etat ne doit pas uniquement s'inscrire dans une perspective de court terme et de stricte efficacité économique.

MILLARET (2011) met en évidence les trois fonctions principales de l'Etat justifiant son intervention dans l'économie à l'aide de la typologie de MUSGRAVE, comme suit :

- la fonction d'allocation de ressources permettant à l'Etat d'être producteur de biens et de services ;
- la fonction de stabilisation où l'Etat conduit des politiques économiques ;
- et enfin la fonction de redistribution lui permettant de corriger les inégalités de la répartition des revenus primaires.

Avec le tableau 10, elle résume les raisons fondamentales avancées par les partisans de l'intervention étatique.

<u>Tableau 10</u> : Justification de l'intervention de l'Etat

Typologie de MUSGRAVE	Justification de l'intervention	Types d'actions possibles
Allocations de ressources	Les défaillances du marché : - Existence des biens publics - Externalités - Monopole naturel	Contrôle des entreprises publiques Production de biens et services non marchands Instaurations de taxes Instaurations de subventions Réglementation
Stabilisation	L'Etat doit permettre aux agents économiques de bénéficier d'un environnement économique stable, permettant la prise de risque et le calcul rationnel	Politiques conjoncturelles Politiques structurelles
Redistribution	L'Etat peut alors compenser les déséquilibres issus de la répartition primaire des revenus	Prélèvements et impôts Dépenses de transfert

Source : MILLARET (2011), « *Les politiques économiques* », Cerpeg

L'Etat se doit donc d'intervenir dans l'économie. La protection sociale, étant son outil le plus efficace, peut participer aux performances économiques de diverses manières. La thèse qui considère la protection sociale comme un pilier met l'accent sur son impact positif sur le capital humain. Son rôle sur le maitrise des inégalités et en tant que facteur de croissance économique est mis en exergue par différentes analyses théoriques comme empiriques abordées dans cette section.

I. La protection sociale améliore les facteurs d'accumulation du capital humain

Selon l'OCDE : « *le capital humain recouvre les connaissances, les qualifications, les compétences et les autres qualités d'un individu qui favorisent le bien être personnel et économique*. »[22]

I.1. La théorie du capital humain

A l'origine, rares sont les économistes qui s'intéressaient aux savoirs ou compétences des travailleurs. La presque totalité les considérait comme une masse indistincte devant seulement accomplir un travail physique. Pourtant dès le XVIIIe siècle A. SMITH mettait en avant l'importance des talents utiles acquis par les habitants, beaucoup plus efficaces que la masse des travailleurs dans l'activité économique (KEELEY, 2007). Il a été le premier à s'interroger sur le capital humain. En comparant le travail d'un employé instruit à celui d'une machine améliorée, il exprimait une relation entre le niveau de l'instruction et la productivité (CANISIUS KAMANZI, 2006). La théorie du capital humain a été surtout développée dans les années 1960 par SCHULTZ, MINCER et BECKER établissant un lien entre l'éducation et la rémunération. Plus récemment, ROMER, BARRO et LUCAS ont abouti à la conclusion que le capital humain est un facteur déterminant de la croissance économique (JEROME-FORGET, 1997).

Souhaitant cerner l'importance du capital humain dans La productivité des ressources humaines, nous allons nous appuyer sur l'analyse de BECKER (1964) qui reste une référence.

- ✓ *La théorie du capital humain de BECKER*

Dans l'analyse théorique, BECKER (1964) définit le capital humain comme l'ensemble des aptitudes, talents, qualifications, expériences accumulées par un individu. Il distingue les deux éléments qui le composent : le capital humain général et le capital humain spécifique. Le premier, transférable, permet d'augmenter la rentabilité de l'individu dans toute entreprise alors que le second n'a de valeur que dans la structure où il est acquis.

[22] KEELEY B. (2007), « Le capital humain – Comment le savoir détermine notre vie », Essentiels de l'OCDE, OCDE, http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/0107102e.pdf?expires=1335747832&id=id&accname=guest&checksum=9E5754DA80171AF2A29E2F205E415CEE

Cette théorie met l'accent sur l'aspect qualitatif de l'offre du travail. En effet, pour l'auteur, chaque individu a un capital humain propre. Ce capital peut être inné ou acquis grâce à des formations. Le stock de l'individu étant susceptible de s'accroître ou de s'user dans le temps, la stimulation du capital humain nécessite donc des coûts pouvant être individuels ou collectifs. Ces coûts représentent des dépenses d'éducation mais aussi des revenus auxquels l'individu renonce en préférant suivre une formation au lieu de travailler. La personne opère donc un arbitrage entre la poursuite des études ou l'entrée dans la vie professionnelle sachant que les revenus espérés après la formation sont incontestablement plus élevés que ceux perçus en l'absence de cette formation. Ce choix fait suite à la comparaison des avantages et inconvénients de l'investissement. Les différences salariales se justifient donc par les différences d'investissement en capital humain. Réciproquement une entreprise investit dans le capital humain spécifique seulement si elle espère accroître sa compétitivité.

Cette théorie du capital humain de BECKER a été un repère pour de nombreux penseurs. Elle a inspiré LUCAS qui considère que les individus choisissent à chaque date de faire l'arbitrage entre l'éducation et la production, sachant que l'acquisition de compétences augmente la productivité future (AGHION et HOWITT, 2010). Il estime que le capital humain constitue l'élément de différentiation entre pays. Les différences internationales en termes de revenus et de taux de croissance ne peuvent pas être expliquées par le facteur technologique qui est un bien public, accessible de façon identique à toutes les nations. En revanche, le capital humain est acquis par essence de façon privée. Ainsi pour LUCAS, il y aura toujours des disparités entre les nations parce qu'il est peu probable qu'il y ait une circulation internationale des individus des pays les mieux dotés vers ceux qui le sont moins (ABRAHAM-FROIS, 2008).

Cette théorie comporte néanmoins certaines insuffisances aux dires de nombreux économistes. Pour CAHUC et ZYLBERBERG (2003), dire que l'individu ayant suivi le plus d'études gagnera plus de revenus, revient à ne tenir compte que de l'aspect économique de l'éducation. En ce sens, la théorie du capital humain néglige la dimension essentielle de l'éducation dans la vie en société. Elle favoriserait l'intégration sociale, l'apprentissage des valeurs démocratiques ou la stabilité psychologique. CANISIUS KAMANZI (2006) trouve incontestable l'apport de l'instruction en termes de possibilité d'emploi et de revenus supérieurs. En revanche, il est très difficile de fixer le seuil minimum à partir duquel le travailleur est productif. Selon l'auteur, il est encore plus difficile de mesurer la conséquence directe de l'instruction supplémentaire en matière de productivité marginale, sans oublier la difficulté d'évaluation des compétences non manuelles. D'après DUTHIL (2004), les liens

entre le capital humain et les revenus du travail sont plus complexes que ne l'indique la théorie. De nombreux économistes auraient tenté de confirmer la théorie du capital humain à travers diverses expériences et leurs investigations ont été décevantes pour au moins trois raisons. La première s'expliquerait par des attitudes discriminatoires venant des employeurs sur le marché. Un homme et une femme par exemple, ayant les mêmes caractéristiques seraient rémunérés différemment. La deuxième raison tiendrait du fractionnement du marché du travail. Les jeunes auraient, par exemple, davantage intérêt à investir dans la formation que les personnes âgées ne pouvant la rentabiliser que sur une courte période. De même, les travailleurs qualifiés auraient moins intérêt à se former que les chômeurs de qualification égale car ils auraient l'avantage d'avoir fait la preuve de leur efficacité et disposeraient d'un contrat avec l'entreprise. La troisième raison proviendrait des individus eux mêmes. Dans un groupe de travailleurs ayant les mêmes caractéristiques, certains pourraient avoir une efficacité plus significative due à leurs aptitudes innées telles que l'adaptation à l'environnement ou la communication.

Malgré ces réserves, cette théorie met en évidence le rôle prépondérant des ressources humaines. L'importance du capital humain conduit d'ailleurs à beaucoup compter sur sa capacité à faire face aux défis majeurs tels que le ralentissement économique, la montée du chômage et la polarisation des revenus. En outre il est impératif de le préserver parce qu'il n'est pas à l'abri d'une dépréciation. Le chômage de longue durée, par exemple, peut entraîner la dégradation des connaissances et compétences acquises Il ne peut jouer efficacement son rôle sur l'économie que s'il est associé à une politique sociale et de santé (JEROME-FORGET, 1997). Il semble donc essentiel de placer l'éducation au cœur du développement humain et économique avec l'appui d'une politique de santé efficace.

- ✓ *L'éducation, un facteur déterminant*

L'éducation est l'un des facteurs importants de l'acquisition des compétences individuelles et de la formation du capital humain. Sa qualité génère des bénéfices économiques significatifs. Elle contribue à augmenter les revenus des individus tout au long de leur vie, à accroître la croissance économique nationale. L'éducation améliore également la vitesse avec laquelle les sociétés s'enrichissent et la mesure dans laquelle les individus améliorent leur productivité et leurs revenus. L'éducation de chaque individu peut apporter une plus grande aisance à ses concitoyens en dehors des bénéfices individuels. En outre, l'avènement d'une société plus éduquée peut se traduire par une dynamisation de l'innovation

et une plus grande productivité globale (UNESCO, 2005). L'éducation entraîne, en effet, l'acquisition de nouvelles technologies en favorisant chez les producteurs une flexibilité et une capacité de traiter l'information, d'exploiter les complémentarités dans le domaine de la production. Elle impacte aussi sur les changements mentaux et sociaux nécessaires à la croissance. A partir d'un certain niveau d'instruction, le taux de fécondité commence à diminuer, les mères instruites favorisant un niveau d'instruction élevé de leurs enfants, surtout les filles (Nations-Unies, 2000). Son rôle dans la création des emplois est plus qu'important, l'acquisition des diplômes pouvant réduire considérablement le chômage. L'exemple de la République Tchèque peut être cité. Le taux de chômage y est passé de 23 % chez les personnes n'ayant pas achevé le secondaire contre seulement 2 % chez les diplômés de l'université (KEELEY, 2007). A cela s'ajoute sa forte corrélation avec la santé. Les personnes ayant un niveau d'éducation élevé bénéficient généralement d'un meilleur état de santé. On trouve généralement une forte corrélation entre le niveau d'études et la baisse de la mortalité. Dans les pays en développement, l'éducation surtout dans le primaire est déterminante dans l'état de santé général. Les femmes instruites forment les enfants et soignent la famille, font recours à la médecine, diffusent l'information médicale et utilisent mieux les soins disponibles (MAJNONI d'INTIGNANO, 2001). En Europe, le taux de mortalité des hommes moins éduqués est supérieur à 50 % en moyenne à ceux des hommes les moins éduqués, cet écart est de 30 % chez les femmes. En outre, ceux qui disposent d'un niveau élevé d'éducation tissent en général plus de liens sociaux et sont plus engagés dans la vie civique et politique (STIGLITZ et al, 1999). S'appuyant sur des données de l'Insee de 2002, CAIRE (2009) estime qu'en France, le taux d'adhésion associative est croissant avec le niveau de diplôme : 27 % chez les non diplômés, 44 % pour les diplômes inférieurs au Bac, 51 % pour les bacheliers et 57 % pour les diplômés du Supérieur (cf. annexe 3).

A l'évidence, les économies ayant un déficit dans leur système d'éducation ou de compétences se trouvent piégés dans un cercle vicieux caractérisé par un bas niveau d'instruction, de productivité et de revenu. A l'inverse, l'amélioration et la revalorisation de la formation professionnelle et son accessibilité peuvent entraîner une hausse de la productivité, de la croissance et donc du développement (BIT, 2008). L'éducation revêt donc d'une importance capitale. Cependant, force est de reconnaitre que tout le monde n'a pas accès à une scolarité de bonne qualité pouvant garantir une espérance de vie scolaire correcte. Les chances de réussir sont inégales selon les régions alors que l'éducation nécessite d'importantes ressources financières et matérielles.

Un système de protection sociale serait donc nécessaire pour contribuer à l'acquisition et à l'amélioration du capital humain des populations les plus vulnérables. Nombreuses sont les personnes démunies ayant de grandes difficultés à faire face à leurs besoins d'éducation et de formation, dans les pays développés mais surtout dans les pays pauvres.

I.2. La protection sociale facilite l'accès à l'éducation et la rend performante

Les inégalités s'observent dès le premier contact avec l'école. Environ la moitié des inégalités observées en fin d'école primaire étaient déjà présentes à l'entrée et le quart de ces inégalités existait dans les familles, bien avant toute scolarisation. Ces inégalités précoces résultent certes des pratiques éducatives des familles mais également des contraintes matérielles tels que le surpeuplement dans le logement ou la faiblesse des revenus dans le foyer (DURU-BELLAT, 2009). Par différents canaux, la protection sociale contribue à l'éducation des populations les plus vulnérables, principales victimes de la montée des inégalités sociales dans les pays riches comme pauvres.

- *Dans les pays développés*

Même si les dépenses sont généralement significatives dans le secteur de l'éducation, l'accès aux études supérieures, n'est à la portée de toutes les classes sociales. D'après le Secrétaire général de l'OCDE A. GURRIA, jusqu'à 20 % des jeunes ne complètent pas l'enseignement secondaire dans les pays développés, ce qui affecte négativement leurs perspectives d'emploi (KEELEY, 2007). Le cas des Etats-Unis met en évidence la difficulté des enfants issus de familles aux revenus modestes à accéder aux études supérieures. L'investissement dans l'éducation surtout supérieure ne suffit pas pour donner la chance au plus grand nombre. D'après AGHION et COHEN (2004), ce secteur absorbe près de 9 % aux Etats-Unis (7 % de la richesse produite en France par exemple). En 1999, les américains ont investit 2.3 % de leur PIB (1.1 % en investissements publics et 1.2 % en investissements privés) dans l'enseignement supérieur alors que la France y consacrait 1.1 % de son PIB (1 % en investissements publics et 0.1 % en investissements privés). Cet investissement massif influe sur la qualité des universités américaines qui constituent des références mondiales. Selon TIMES HIGHER EDUCATION cité par le Monde[23], les 5 meilleures universités au monde sont sur le sol américain qui abrite également 7 des 10 universités les plus

[23] Le Monde « Le classement des 200 meilleures universités dans le monde », http://medias.lemonde.fr/mmpub/edt/doc/20100915/1411691_6948_classementtimeshighereducation.pdf

performantes de l'univers. En revanche, la qualité de cette formation ne profite pas à toute la population. Juste une minorité de jeunes issus de familles à faibles revenus parvient à réussir et le fossé se creuse entre riches et pauvres pour l'accès aux études et l'obtention des diplômes. Selon l'Observatoire des inégalités (2000), en 2000, le revenu d'un jeune diplômé américain ayant fait 4 ans d'études supérieures était plus du double que celui du simple bachelier et 85 % des élèves américains aspiraient à décrocher un diplôme dans l'enseignement supérieur. Pourtant en 2001, seuls 44 % des lycéens appartenant aux 20 % des familles aux revenus les plus bas auraient eu la possibilité d'entrer rapidement dans les filières contrairement à près de 80 % des jeunes issus des 20 % de familles les plus aisées. Pour l'Observatoire des inégalités (2000), l'enseignement supérieur coûte cher au Etats-Unis et l'aide accordée aux étudiants est de plus en plus sous formes de prêts et non en bourses. En 2001, les bourses constitueraient uniquement 41 % des aides alors que ce pourcentage était de 55 % au début des années 1980. Aujourd'hui encore, les Etats-Unis accusent du retard sur l'accessibilité de l'éducation, ce qui affecte négativement leur espérance de vie scolaire. D'après l'OCDE (2010), en Suède comme en Allemagne, en Belgique, en Norvège, aux Pays-Bas, en Hongrie, en Irlande, en Estonie et au Japon, au moins 90 % des élèves sont scolarisés pendant minimum 14 ans alors qu'elle ne dure que 11 ans aux Etats-Unis, consacrant à l'éducation pourtant des moyens financiers beaucoup plus significatifs que la plupart des pays cités.

Ce modèle américain contraste avec le système suédois beaucoup plus égalitaire. Les étudiants suédois reçoivent une bourse de l'Etat à l'ordre de 1000 euros par mois (dont 2/3 sous forme de prêt). La presque-totalité des 400 000 étudiants en bénéficie alors que les universités sont quasiment gratuites. L'étudiant a cependant une obligation de résultat car le renouvellement de sa bourse est fonction des résultats obtenus. L'origine socioprofessionnelle de sa famille joue très peu sur l'accès à l'université et sur sa réussite (STELLINGER, 2008). La Suède de même que les pays nordiques, en général, montrent qu'un système de protection sociale réduisant les inégalités, donne la possibilité à un pays d'offrir une éducation de qualité à l'ensemble de sa population, y compris ceux ayant des revenus modestes.

- *Dans les pays en développement*

La question des moyens et des inégalités d'accès à l'éducation se pose dans des proportions plus inquiétantes dans les pays à faibles revenus. Dans de nombreuses régions, un énorme écart subsiste entre le nombre d'élèves terminant l'école et le nombre de ceux qui,

parmi eux, maîtrisent un minimum de compétences cognitives. Si en moyenne, tous pays confondus, les élèves peuvent compter sur 9.2 années de scolarité en primaire et secondaire, un enfant africain, par exemple, peut s'attendre à 5 ou 6 années de moins qu'un enfant d'Europe ou des Amériques. De plus, les enfants des pays ayant les taux d'espérance de vie scolaire les plus élevés peuvent s'attendre à rester jusqu'à 5 fois plus longtemps que ceux ayant les niveaux les plus bas (UNESCO, 2005). Ce qui peut rendre ces derniers encore plus vulnérables et contraints de vivre dans la précarité et l'ignorance, sans perspectives d'avenir. C'est le cas de très nombreuses filles vivant dans les pays en développement. L'Unicef (2009) rappelait que plus de 80 % des filles n'allant pas à l'école vivaient en Asie du Sud, en Asie de l'Est ou en Afrique subsaharienne et que 218 millions d'enfants travaillaient dans le monde.

La plupart de ces pays à faible revenu est dépourvue de protection sociale moderne prenant en compte la majorité de la population alors qu'un système efficace pourrait réduire les inégalités, faciliter l'accès à l'éducation des enfants, des filles notamment. Il apparait que plus de protection sociale pourrait aider les enfants à avoir un avenir meilleur en créant des conditions pour qu'ils aient une bonne formation, obtenir leurs diplômes et d'être préservés du travail précoce. Les analyses empiriques ont mis en exergue les effets bénéfiques des mesures sociales dans les pays en développement sur le secteur de l'éducation. S'appuyant sur le rapport mondial de suivi sur l'éducation, l'UNESCO (2010) met en évidence l'impact positif de la protection sociale sur l'éducation à travers programmes appliqués dans des pays en développement. Quelques exemples de réussite répertoriés, sur le tableau 11, montre l'efficacité des mesures sociales à tous les niveaux.

<u>Tableau 11</u> : L'impact des mesures sociales sur l'éducation

Pays	Programme (années)	Bénéficiaires visés par la composante éducation	Instrument clé de la composante éducation/ échelle des prestations	Impact sur l'éducation
Soutien à l'éducation				
Indonésie	Jaring Pengamanan Social (Filet de sécurité sociale) programme de bourses et de subventions (1998-2005)	Elèves du primaire et du secondaire les plus pauvres, 50 % de filles	Bourses d'env. 10-30 $ EU (taux de change 1998) en fonction du niveau d'enseignement, assez pour couvrir intégralement les frais de scolarité	↓ de 3 p.p. (taux d'abandon en cours d'année, 1er du secondaire, villages les plus pauvres)
Aides conditionnées au comportement à l'école ou ciblant les objectifs éducatifs spécifiques				
Bengladesh	Programme d'assistance aux filles de l'enseignement secondaire, dans le cadre du Programme national d'allocation de bourses aux filles [1994-]	Filles âgées de 11 à 18 ans dans l'enseignement secondaire (de la 6e à la 10e année)	• Versement semestriel de bourses, frais de scolarité, subventions destinées à l'achat de livres et aux frais d'examen, d'un montant total d'env. 6$ EU et de 24 $ EU (2003)/0,6 % des dépenses par tête, selon le niveau d'enseignement • Conditionné à l'assiduité et aux résultats scolaires	↑ de 12 p.p. de la scolarisation
Burkina Faso	Cantine scolaire et rations alimentaires à emporter chez soi du Programme alimentaire mondial (regroupe d'anciens programmes de 2005-2006)	• Cantine scolaire : tous les élèves des écoles rurales ciblées • Rations alimentaires : filles des 2 dernières années	• Déjeuner pour tous les enfants présents • Ration mensuelle de 10 kg de céréales pour les filles des 2 dernières années • Conditionné à l'assiduité	• ↑ de 5-6 p.p. de la scolarisation des filles les plus jeunes • ↓ absentéisme des filles

Cambodge	Projet pilote mené par le Fonds japonais pour la réduction de la pauvreté (2002-2005)	Filles de la 7e à la 9e année (1er cycle du secondaire)	• 45$ EU en versements/2-3 % des dépenses par tête • Conditionné à la scolarisation, à l'assiduité et au niveau satisfaisant des résultats obtenus	↑ de 31,3 p.p. de scolarisation ; progression plus forte chez les plus pauvres
	Projet de soutien au secteur éducatif-Programme de bourses pour les pauvres [2005-]	Enfants ayant achevé la 6e année et susceptibles d'abandonner l'école à cause de la pauvreté, des discriminations entre les sexes, de l'appartenance à une minorité ethnique, etc.	• 45 ou 60$ EU en 3 versements/2-3 % du revenu médian des ménages, en fonction de la « probabilité d'abandon » estimée • Conditionné à la scolarisation à l'assiduité et à la promotion en temps voulu	• ↑ de 21,4 p.p. de la scolarisation • ↑ de l'assiduité
Chili	Chile Solidario [2001/2-]	Ménages très pauvres	Réduction des allocations mensuelles pour les premiers 24 mois de 21 à 8$ EU [2006]/7 % des dépenses par tête • Conditionné à l'assiduité	↑ de7,5 p.p. de la scolarisation chez les enfants de 6 à 15 ans
Colombie	Familias en accion [2001/2-]	Familias très pauvres dont les enfants sont scolarisés	•Env. 8 à 33$ EU par enfant et par mois/17 % des dépenses par tête, en fonction du niveau d'enseignement •Conditionne à l'assiduité	• De 8 à 13 ans : ↑ de 2,1 p.p. de la scolarisation • De 14 à 17 ans: ↑ de 5,6 p.p. de la scolarisation

Note :

- p.p. : point de pourcentage
- Etant donné que l'impact éducatif des différents programmes à l'aide de méthodes et que les groupes ciblés et la durée des interventions varient considérablement, ces résultats ne sont pas strictement comparables mais donnent une idée de la portée et de l'ampleur de ces programmes.

Source : UNESCO (2010), « *Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous 2010* »

Dans les pays où des programmes de protection sociale associés à l'éducation ont été initiés, les résultats montrent une nette amélioration de l'augmentation du taux de

scolarisation surtout des filles, des enfants issus de familles à revenus modestes. A cela s'ajoutent une baisse de l'absentéisme et une augmentation remarquable de l'espérance de vie scolaire.

De très nombreuses expériences confirment ainsi le rôle important de la protection sociale sur le développement du capital humain. La protection sociale apparait comme un élément efficace dans sa capacité à doter aux plus vulnérables l'accès aux services sanitaires et à l'éducation, ce qui influe positivement sur la productivité des hommes. En outre, elle semble être un outil efficace pour rendre meilleur les prouesses économiques.

II. La protection sociale : un outil d'amélioration des performances économiques

II.1. Elle réduit la pauvreté

Le terme pauvreté demeure ambigu et recouvre des notions aussi diverses que l'inégalité, la privation, l'exclusion, la marginalité, la misère…, chacune d'entre elles faisant l'objet d'une interprétation différente selon les pays. La pauvreté est à la fois un phénomène relatif dépendant du mode de vie dominant dans un pays, un phénomène graduel allant de l'extrême dénuement jusqu'à la précarité, un phénomène multidimensionnel correspondant à un cumul de handicaps socioéconomiques et culturels (EUZEBY, 1991). La pauvreté doit s'étendre aux liens de causalité entre les dimensions économiques, humaines, politiques, socioculturelles et défensives de la pauvreté. Les capacités économiques renvoient à l'aptitude à générer un revenu, à consommer et à détenir des actifs tandis que les capacités humaines se rapportent à la santé, à l'éducation, à l'accès à la nourriture, à l'eau propre et au logement. En ce qui concerne les capacités politiques, elles recouvrent la possibilité de faire respecter les droits en tant qu'être humain. Les capacités socioculturelles ont trait à l'aptitude de devenir membre apprécié d'une communauté et renvoient au statut social, à la dignité etc. Enfin, les capacités défensives permettent aux individus de résister à des chocs économiques et extérieurs (OCDE, 2001).

Une définition adéquate n'est cependant pas facile à trouver car la pauvreté est un phénomène à la fois simple et complexe. Simple parce qu'elle saute aux yeux de par les difficultés aux quelles elle renvoie. Complexe car il est difficile d'expliquer ses mécanismes et de la définir. Philosophes, politiques, sociologues et économistes n'ont toujours pas réussi à lui trouver une définition consensuelle (FUSCO, 2007). La définition « officielle » de l'Union

Européenne, considère comme pauvres : « *les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'Etat membre où elles vivent* »[24].

On distingue différentes formes de pauvreté, les principales étant la pauvreté sociale, la pauvreté humaine et la pauvreté monétaire. La pauvreté sociale est sans doute la plus difficile à cerner du fait de ses nombreux critères difficilement quantifiables : solitude, montée de l'individualisme, distension du lien social, exclusion, marginalisation. Elle peut être liée à la famille (décès, divorce etc.), aux conditions naturelles (séismes, etc.), aux conditions politiques (conflits armés, génocides etc.). La pauvreté humaine est définie à partir de la longévité mesurée par l'espérance de vie, l'instruction et les conditions de vie. Enfin, la pauvreté monétaire est mesurée par la quantité de monnaie quotidienne disponible par individu. Elle est caractérisée par l'insuffisance des revenus et peut être liée à des conditions socioéconomiques tels que le sans emploi ou l'emploi précaire (VEREZ, 2007).

La pauvreté a toujours été un « fléau » que les hommes ont essayé de décrypter afin de le combattre. Seulement, depuis très longtemps, des divergences persistent sur ses causes et les méthodes pour en sortir. Déjà au début de l'ère industrielle, les libéraux s'opposaient aux utopistes, révolutionnaires et réformistes sur la pauvreté. RICARDO et MALTHUS dénonçaient les « Poor Lows » considérées comme des facteurs aggravants. En 1840, VILLERME et BURET divergeaient sur l'attitude à avoir envers la pauvreté. Pour le premier, les pauvres sont le plus souvent responsables de leur état (par imprévoyance) mais leur dépravation doit être liée à leurs conditions de vie raison pour laquelle il faut préserver leurs enfants des cercles vicieux de la misère en intervenant auprès d'eux de façon minimaliste. Pour BURET, en revanche, la pauvreté est un phénomène collectif disqualifiant tout jugement moral sur les actions d'un individu pauvre : il s'agit de collectivités bloquées dans l'inculture, l'instabilité et l'irresponsabilité. En 1890 MARSHALL présenta une combinaison de deux processus pour éliminer la pauvreté. Le premier, spontané, est l'élévation du niveau de vie des travailleurs les moins qualifiés pour accroître leur productivité mais aussi inciter les plus capables des travailleurs pauvres à se qualifier ou changer de profession. Cela permettra aux autres, devenus moins nombreux, de marchander leur rareté accrue contre un salaire plus élevé. En revanche, ceux étant incapables de fournir ne serait-ce qu'un travail élémentaire représentent un résidu, doivent être pris en charge par la collectivité et être considérés comme des assistés, des irresponsables, des mineurs (GAZIER in FRACASSI et al, 1985).

[24] Conseil des ministres européen du 19 décembre 1984 cité dans le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2006, page 16.

Aujourd'hui encore ces divergences persistent entre néo-libéraux, keynésiens ou marxistes et la pauvreté demeure une préoccupation majeure. A des proportions différentes, elle touche les pays en développement mais aussi les pays industrialisés. Au milieu des années 2000, environ 6 % de la population des 30 pays de l'OCDE disposaient d'un revenu par unité de consommation inférieur à 40 % du revenu médian. Cette proportion atteignait 11 % lorsque le seuil est fixé à 50 % et tournait autour de 17 % au seuil de 60 % du revenu médian (OCDE, 2008). La situation des Etats-Unis met en évidence l'importance de pauvreté dans les principales puissances économiques. En 1999, ceux qui disposaient d'un revenu au seuil de pauvreté fédéral, représentaient 11,8 % de la population aux Etats-Unis soit 32,2 millions d'habitants, les minorités ethniques étant sur-representés. Les hispaniques et les Noirs en constituaient une bonne partie, représentant respectivement 21,8 % et 25,9 %. Cette pauvreté est aussi marquée par sa féminisation et le nombre croissant des enfants et travailleurs pauvres. 50 % des familles pauvres étaient composées, en effet, de familles monoparentales dirigées par une femme. En 2001, on estimait à 20,3 % le taux de pauvreté infantile aux Etats-Unis, le taux le plus élevé de l'OCDE. 40 % des enfants noirs étaient considérés comme pauvres (THEVENARD, 2002).

A l'évidence, la pauvreté est plus significative dans les pays à faibles revenus où encore de très nombreuses personnes vivent en dessous du seuil de l'extrême pauvreté[25]. Selon les estimations, 1.29 milliard de personnes vivent avec moins de 1.25 dollar par jour en 2008, soit 22 % de la population des pays en développement tandis 42 % de la population vit en dessous du seuil de 2 dollars (Banque mondiale, 2012).

[25] « *Il s'agit, au-delà de la privation même des ressources alimentaires, matérielles et financières indispensables à la suivie physique, de la négation de l'existence sociale du fait de l'impossibilité d'accès à l'ensemble des droits fondamentaux de l'homme : droits civils et politiques, droit d'accès au travail, à l'éducation, à la culture, à la santé, au logement, à la protection sociale, à la justice.* » GODINOT (2010), « *Extrême pauvreté et gouvernance mondiale* », page 18, http://rio20.net/wp-content/uploads/2011/05/cahier-extr%C3%AAme-pauvret%C3%A9-et-gouvernance-mondiale.pdf

<u>Tableau 12</u> : Nombre de personnes vivant en dessous du seuil d'extrême pauvreté par région

Régions	Part de la population en %
Asie de l'Est et Pacifique	14
Chine	13
Pays en développement autres que la Chine	25
Asie du Sud	32.5
Amérique Latine et Caraïbes	6.5
Moyen Orient et Afrique du Nord	2.7
Europe Orientale et Asie centrale	0.5
Afrique Subsaharienne	47

Source : Banque mondiale (2012), N° du communiqué de presse N°2012/297/DEC

La pauvreté touche particulièrement les enfants. Au sein de l'OCDE, la probabilité de pauvreté des enfants et des jeunes adultes est supérieure à 25 % de celle de l'ensemble de la population (OCDE, 2008). Dans les pays du Sud, leur situation est encore plus préoccupante. Ils souffrent de taux élevés de privations en termes de nutrition, de santé, d'accès à l'eau potable, à l'assainissement et à l'éducation. En outre, ils peuvent subir des abus, être exploités ou être violentés (UNICEF, 2009). La pauvreté n'épargne pas les personnes âgées. 13,5 % des plus de 65 ans vivent dans la pauvreté monétaire c'est-à-dire disposent des revenus inférieurs à la moitié de la médiane nationale dans les pays membres de l'OCDE (OCDE, 2011).

La pauvreté commence aussi à prendre de l'ampleur au sein des travailleurs. Le phénomène des travailleurs pauvres ou « pauvreté laborieuse » se répand dans tous les pays développés. De 2005 à 2009, la part des travailleurs pauvres est passée de 4,8 à 6,8 % et de 8,8 à 10,2 % en Allemagne et en Italie respectivement (Observatoire des inégalités, 2011). La pauvreté d'un travailleur dépend de son revenu et de sa situation de famille. Quant à la pauvreté laborieuse, elle dépend, d'une part des caractéristiques de l'emploi des individus, et d'autre part, du niveau de vie du ménage auxquels ils appartiennent, ce qui suppose qu'on peut être faiblement rémunéré sans être pauvre ou être pauvre avec un niveau de rémunération convenable. Initialement, la question des travailleurs pauvres était essentiellement anglo-saxonne, avec le Royaume Uni et les Etats-Unis décrits comme des nations de pauvreté, en général, de pauvreté laborieuse en particulier. L'Europe n'est plus épargnée. En 2001, 11 millions de travailleurs vivaient dans un foyer pauvre dans l'Europe de 15. L'Europe ne

constitue pas néanmoins une entité homogène (DAMON, 2007). Il existe, en effet de très fortes disparités entre les nations. En 2009, on estimait à 8,4 % la part des travailleurs pauvres dans l'Union européenne. L'écart entre la Finlande et la Roumanie était le plus significatif avec respectivement 3,7 et 17,6 % de travailleurs pauvres (EUROSTAT[26], 2010).

❖ *La protection sociale apporte une solution face à chaque forme de pauvreté*

L'OCDE (2009) considère la protection sociale comme un instrument permettant de s'attaquer à la pauvreté monétaire. Elle supprimerait les obstacles financiers à l'accès aux services de santé et permettrait ainsi aux plus vulnérables de ne pas arbitrer entre les dépenses sanitaires et les autres besoins vitaux. Elle aiderait les populations pauvres à surmonter des risques significatifs, ce qui leur permettra de se tourner vers des activités à forte productivité. En effet, selon l'organisation internationale, sans système de protection sociale efficace, les catégories les plus vulnérables, qui peinent à faire face aux risques limités, ne peuvent que se consacrer aux activités peu risquées et moins rentables. En associant les populations les plus démunies au développement économique, la protection sociale favoriserait une croissance pro-pauvres grâce à ces cinq mécanismes :

- l'investissement dans le capital humain,
- la gestion des risques,
- le renforcement de l'autonomie et des moyens de subsistance,
- l'adoption d'une stratégie macroéconomique pro-pauvres,
- le renforcement de la cohésion sociale et le sentiment d'appartenance nationale.

De plus, la protection sociale est un impératif pour la gestion du risque social[27]. Il est pratiquement impossible de minimiser les risques qui courent par des mesures préventives car celles-ci ne sont pas à la portée de tous les ménages. En cas de chocs pouvant ébranler la collectivité, les systèmes informels de gestion du risque social ne sont pas efficaces. Les personnes pauvres ne peuvent donc qu'ajuster leur comportement à la situation, par exemple en retirant leurs enfants de l'école dans les pays en développement, en bradant leurs biens et

[26] EUROSTAT, Edition 2010, « *In-work poverty in the EU* », rédigé par S. PONTHIEUX

[27] La gestion du risque repose sur l'appréciation et la prévision de leurs effets néfastes. Gérer des risques consiste donc dans un premier temps à déterminer puis évaluer leur probabilité d'apparition, à mesurer leur portée pour enfin mettre en place un système de pilotage (SALEZ, 2010).

en réduisant leur consommation alimentaire, autant de mesures pouvant compromettre leurs futures capacités de gains et les faire sombrer dans une pauvreté encore plus profonde, sinon dans la misère absolue. Parce qu'ils ne veulent pas tomber dans la misère, les pauvres prennent le moins de risques possibles et hésitent à se lancer dans des activités risquées et plus rémunératrices. En participant à la gestion du risque, la protection sociale permet de réduire le nombre de ceux qui vivent provisoirement dans la pauvreté représentant 20 à 50 % des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté (d'après la plupart des données temporelles individuelles). Elle empêche les personnes pauvres de sombrer dans une pauvreté encore plus profonde et offre un moyen de sortir de la pauvreté (HOLMANN et JORGENSEN, 2000).

***Tableau 13* : Profil de la pauvreté dans différent pays**

	Pourcentage des ménages		
	Toujours pauvres	Episodiquement pauvres	Jamais pauvres
Chine 1985-1990	6,2	47,8	46,0
Côte d'Ivoire 1987-1988	25,0	22,0	53,0
Ethiopie 1994-1997	24,8	30,1	45,1
Pakistan 196-1991	3,0	55,3	41,7
Russie 1992-1993	12,6	30,2	57,2
Afrique du Sud 1993- 1998	22,7	31,5	45,8
Viet Nam 1992/93-1997/98	28,7	32,1	39,2
Zimbabwe 1992/93-1995/96	10,6	59,6	29,8

Source: HOLMANN et JORGENSEN (2000) : données recueillies auprès de BAULCH et HODDINOTT, 1999 et Rapport préliminaire sur la pauvreté au Viet Nam, 1999

De nombreuses études ont effectivement mis en évidence que les transferts sociaux efficaces peuvent réduire le risque de pauvreté et surtout accroître la probabilité d'en sortir. L'étude menée par l'Eurostat (2002) en 1999 démontre le bien-fondé de ces prestations sociales sur la réduction du risque de pauvreté. En effet, le tableau 14 met en exergue l'apport

des transferts sociaux sur la réduction du risque de pauvreté[28]. Même pour les pays où le risque est très important comme la Grèce et le Portugal, l'impact des transferts sociaux réduit considérablement ce risque. Dans les pays Scandinaves comme la Suède, cet aléa est très faible (9 %). En revanche, sans l'application des transferts sociaux, il serait de 43 %.

***Tableau 14* : Taux de risques avant et après transferts sociaux**

1999	UE 15	P	G	UK	I	F	FIN	S
Taux de risque de pauvreté (%)								
Après transferts sociaux (Seuil 60 %)	15	21	21	19	18	15	11	9
Avant transferts sociaux (revenus incluant les pensions) (Seuil 60 %)	24	27	22	30	21	24	21	28
Avant transferts sociaux (revenu excluant les pensions) (Seuil 60 %)	40	39	40	42	41	41	33	43

Notes UE 15 (Europe des 15), P (Portugal), G (Grèce), I (Italie), F (France), FIN (Finlande), S (Suède)
Source : Eurostat (2002) « *La situation sociale dans l'Union européenne 2001* », Panel communautaire des ménages 2001.

Cette faiblesse du risque de pauvreté dans les pays scandinaves traduit également le faible taux de travailleurs pauvres dans ces pays comparés aux autres puissances économiques. Les pays du Sud du continent européen, par exemple, présentent un taux beaucoup plus important (10 % pour l'Italie, l'Espagne et Portugal). Cette situation révèle l'efficacité du système de protection sociale des pays du Nord dans la lutte contre la pauvreté. En guise de comparaison, 8 % de travailleurs sont pauvres en France alors que le pays consacre 30 % de son budget à la protection sociale, historiquement et organiquement, le modèle social français ne visant pas à lutter contre la pauvreté. Une protection sociale adaptée

[28] « *Le taux de risque de pauvreté est défini comme la part des personnes ayant un revenu disponible équivalent (après transferts sociaux) inférieur au seuil de risque de pauvreté, fixé à 60 % du revenu disponible équivalent médian national après transferts sociaux. Il ne s'agit pas d'un indicateur de richesse ou de pauvreté. Il se contente d'offrir un point de comparaison des bas revenus par rapport aux revenus des autres habitants d'un pays donné. Un tel revenu n'implique toutefois pas forcément un niveau de vie moindre.* » Eurostat (2012), « *Glossaire : Taux de risque de pauvreté* », http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:At-risk-of-poverty_rate/fr

peut, par des mécanismes de compensation et de distribution, permettre d'éviter à toute personne active de se trouver en situation de pauvreté à l'aide d'une bonne gestion des prestations sociales (DAMON, 2007).

L'OCDE (1997) a également mis en évidence l'impact des transferts sociaux dans la réduction de la pauvreté dans quatre pays (Canada, Allemagne, Royaume-Uni et Etats-Unis) pendant une période de six ans (cf tableau 15). Entre 20 et 40 % de la population se sont trouvés en état de pauvreté durant au moins une année. De nombreuses personnes vivaient en dessous du seuil de pauvreté pour chacune des six années étudiées (en situation de pauvreté longue durée), population dans laquelle on trouve particulièrement des femmes, des familles monoparentales, des retraités vivant seuls, des malades et des handicapés. Pour ces individus en pauvreté de longue période, la faible probabilité de sortie et la forte probabilité de retomber dans l'indigence tendent à se renforcer mutuellement. Une fraction notable d'entre eux exerce pourtant une activité. L'OCDE (1997) estime donc que l'emploi, bien que déterminant dans l'entrée dans la pauvreté, ne suffit pas toujours pour en sortir, d'où la nécessité de certaines prestations liées à l'activité. L'emploi devrait s'accompagner d'une fiscalité et des transferts sociaux pour accroître au maximum les chances de sortir de la pauvreté.

***Tableau 15** : Dynamique de la pauvreté : évaluation des risques* [a)]

	Probabilité de sortir de la pauvreté avant transferts [b)]			
	1 an	2 ans	3 ans	4 ans
Après taxes et transferts				
Canada 1990-95	55,7	41,3	38,8	35,4
Allemagne 1991-96	52,7	42,7	32,0	19,1
Royaume-Uni 1991-96	45,4	37,0	32,3	25,8
Etats-Unis 1989-93	45,6	31,9	23,1	20,2
Avant taxes et transferts				
Canada 1990-95	41,0	25,3	18,7	14,3
Allemagne 1991-96	36,4	23,8	18,4	16,7
Royaume-Uni 1991-96	31,6	23,6	16,9	14,7
Etats-Unis 1989-93	42,8	28,3	11,8	19,8

Notes :

a) Dernière période de six années disponibles. Comprend toutes les périodes de pauvreté et de non-pauvreté dont le début a pu être observé

b) Calculé comme ratio des individus qui viennent de passer en dessous du seuil de pauvreté et qui en sortent avant une, deux, trois ou quatre années de pauvreté à ceux qui sont toujours en dessous du seuil de pauvreté au début de chaque période successive. Ainsi, au Canada, 55,7 % des individus quittent la pauvreté avant un an et 41,3 % des 44,3 % qui restent quittent la pauvreté entre la première et deuxième année.

Source : OCDE (1997) - Perspectives économiques de l'OCDE n°62

PALME (2002) a montré qu'il est possible d'exploiter avec succès le potentiel de la redistribution horizontale à travers une étude mettant en relation la pauvreté et le cycle de vie. Il s'est d'abord appuyé sur les travaux de ROWTREE au début du XXème siècle. Ce dernier avait identifié plusieurs phases dans le cycle de vie des habitants de York, où les risques de pauvreté étaient plus importants. Selon lui, les familles avec enfants en bas âge présentaient des risques de pauvreté élevés. Lorsque les enfants grandissaient et commençaient à contribuer au revenu du ménage, puis lorsqu'ils quittaient le domicile familial, la pauvreté régressait. Enfin, la pauvreté était élevée chez les personnes âgées du fait de la diminution de leur capacité de travail. Fort de ces enseignements, PALME (2002) s'est ensuite appuyé sur une étude menée avec KANGAS basée sur des données recueillies au cours de deux périodes : les premières vers 1970 et les secondes vers 1990, dans des pays de traditions sociales distinctes. La tendance générale confirmait l'analyse de ROWTREE concernant le

schéma cyclique pour la première période, la pauvreté étant plus forte dans les familles avec enfants et chez les personnes âgées. Dans les années 1990, par contre, ce schéma avait disparu dans les pays scandinaves. Au Canada où la pauvreté des personnes âgées était devenue très faible, les familles avec enfants étaient toujours confrontées à des risques importants de pauvreté. Aux Etats-Unis, la pauvreté des personnes âgées avait un peu diminué mais elle a augmenté dans les familles avec enfants. En Finlande et en Suède, la combinaison d'allocations pour enfant plus généreuses et d'une large offre de services de garde subventionnés permettait ainsi à chaque membre du couple de contribuer au revenu du ménage. La retraite de base universelle dans les pays scandinaves et au Canada est le facteur le plus significatif d'explication de la faiblesse de la pauvreté des personnes âgées dans ces pays. PALME (2002) fait donc remarquer que la variation observée d'un pays à l'autre était rattachée au type de protection sociale appliqué dans chacun de ces pays.

A l'évidence, les conséquences de la pauvreté sont nuisibles. Si son éradication semble faire consensus, les moyens pour y parvenir continuent encore de diverger. La protection sociale qui reste un élément central dans le dispositif de lutte contre la pauvreté pourrait encore susciter des interrogations pendant de longues années. Elle apparait pourtant comme un moyen nécessaire pour lutter efficacement contre cette pauvreté affectant prioritairement les enfants, les personnes âgées, les familles monoparentales et de plus en plus marquée au sein des travailleurs. Si le travail est incontestablement le moyen le plus efficace pour sortir de la pauvreté, d'autres facteurs tels que la situation familiale, le niveau de vie peuvent limiter son action. La protection sociale permet d'atténuer l'effet de ces facteurs. En outre, en plus de ce rôle, la protection sociale apparait comme un facteur économique efficient.

II. La protection sociale est un véritable acteur économique

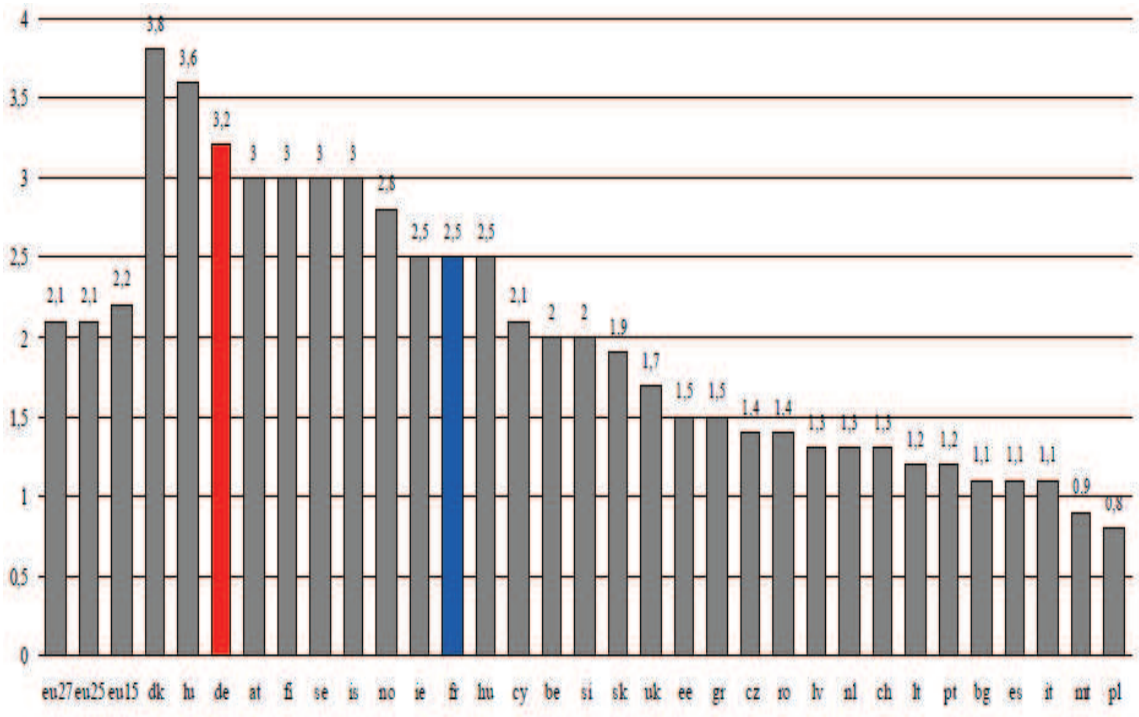
II.1. Elle contribue à la reproduction de la force de travail

MILLS (1994) assimile la protection sociale comme un levier indispensable à l'entretien et à l'efficacité de la force de travail. Selon elle, en répondant à la dynamique des besoins sociaux (santé, repos, retraite, logement etc.), la protection sociale facilite l'élargissement de la plus value produite et réalisée grâce à une force de travail mieux formée, mieux reposée, mieux soignée, avec de meilleures conditions de travail et de vie et donc plus intéressée et plus dynamique. Elle permettrait de lutter contre la dégradation du travail liée à l'insuffisance du salaire net, à l'usure de la force de travail (maladies, accidents de travail) et

à l'intensification du travail. En facilitant les meilleures conditions d'entretien du travailleur et de sa famille, elle améliorerait le renouvellement générationnel et participe ainsi à la reproduction du système économique. De même, l'organisation de la retraite du travailleur âgé rendrait possible son remplacement par une force de travail plus jeune et plus dynamique. En outre, les transferts sociaux (monétaires et non monétaires) en direction des ménages faciliteraient la solvabilité de la demande, l'élargissement de la consommation privée et stimuleraient les débouchés des entreprises. Ceci permettrait d'élargir les possibilités de production et de réalisation de la plus value, à partir du relèvement de la productivité du travail.

Les prestations sociales peuvent permettre d'augmenter le nombre d'heures de travail et de favoriser l'intégration des femmes des classes défavorisées dans le monde professionnel. La Scandinavie offre des prestations quasi-universelles de garde d'enfants, ce qui permet aux femmes de reprendre rapidement le travail à temps complet. Cette situation contraste avec celle de la Grande-Bretagne où ces prestations sont beaucoup plus rares. Dans ce pays comme aux Pays-Bas, les femmes reprennent le travail plus difficilement et à temps partiel après de longues périodes d'interruption (ESPING-ANDERSEN, 2008).

Graphique 1 : Prestations sociales « famille/enfants » en % du PIB – 2005 (2004 pour le Portugal)



Source : CAF (2009), « *Comparaison européenne des aides aux familles* », Dossier d'études N°112

CAF (2009), Dossier d'étude N°112, IRES

Notes :

eu27	Union européenne (27 pays)	Hu	Hongrie
eu25	Union européenne (25 pays)	Mt	Malte
eu15	Union européenne (15 pays)	Nl	Pays-Bas
Be	Belgique	At	Autriche
Bg	Bulgarie	Pl	Pologne
Cz	République Tchèque	Pt	Portugal
Dk	Danemark	Ro	Roumanie
Ee	Estonie	Si	Slovénie
Ie	Irlande	Sh	Slovaquie
Gr	Grèce	Fi	Finlande
Es	Espagne	Se	Suède
Fr	France	Uk	Royaume-Uni
It	Italie	Is	Islande
Cy	Chypre	Ch	Suisse
Lv	Lettonie		
Lt	Lituanie		
Lu	Luxembourg		

La CAF[29] (2009) a réalisé une étude comparative très intéressante sur les dispositifs de politique familiale en Allemagne et en France mettant en exergue le rôle moteur des

[29] Etude réalisée par J. FAGNANI, A. MATH, C. MEILLANG avec la collaboration d'A. LUCI-GREULICH

prestations sociales sur l'insertion professionnelle et l'émancipation économique des femmes. Ces deux pays accordent une importance capitale à la famille qui joue un rôle déterminant dans le maintien de la cohésion sociale. Selon la CAF (2009), l'Allemagne et la France consacrent respectivement 2 % et 2,4 % de leur PIB aux prestations en espèce de la fonction « familles/enfants », y compris les congés maternité. Les politiques familiales peuvent être réparties en trois grandes catégories de mesure :

- soutien financier aux familles : prestations sociales ou avantages fiscaux ;
- prestation en nature et services d'éducation et de soins des enfants : fourniture directe des services, de la subvention de services, soutien monétaire aux familles pour qu'elles achètent des services ;
- congés destinés aux parents pour raisons familiales.

Il peut y avoir aussi d'autres dispositifs tels que la couverture maladie pour la prise en charge des frais de soins médicaux aux enfants.

Avec, certes des caractéristiques communes, l'Allemagne et la France présentent des disparités importantes dans les domaines des aides, l'articulation de la vie professionnelle et de la vie familiale. Cette étude de la CAF révèle que l'efficacité des dispositifs sociaux ne dépend pas uniquement des ressources financières consenties. Le système français, dépensant moins en termes de prestations sociales semble favoriser davantage l'insertion des femmes ayant de jeunes enfants. En effet, les françaises sont plus nombreuses à travailler avec des jeunes enfants que les allemandes contrairement à la période précédent la naissance du premier enfant. Il est vrai qu'en Allemagne, jusqu'aux années 2000, il revenait principalement à l'homme de subvenir principalement aux besoins du ménage et la femme devait s'occuper de l'éducation des enfants jusqu'à l'âge où ils intègrent une structure de d'accueil collectif (entre 3 et 6 ans). Depuis, l'Allemagne a engagé des réformes en 1998 et surtout 2007 pour l'émancipation économique des femmes ayant des enfants. Cette situation s'explique surtout par les dispositifs permettant aux femmes de reprendre rapidement le travail à la suite des naissances et à temps complet et notamment la garde d'enfants. La nette supériorité des efforts en termes de mode de garde de la France favorise l'insertion des femmes avec enfants y travaillent beaucoup moins à temps partiel que les jeunes mères allemandes. Quel que soit l'âge, davantage d'enfants sont pris en charge en France qui consacrait en 2005, 1,6 % de son PIB aux dépenses d'éducation préélémentaires (presque que le double de l'Allemagne 0,8 % du PIB).

***Tableau 16* : Dépenses consacrées à la fonction « Famille/enfants » en 2005**

	En % du PIB (dont prestations en espèce)	En % du total des dépenses de protection sociale	Services de garde des enfants en % du PIB
France	2,5 (2,0)	8,0	1,6
Allemagne	3,2 (2,4)	10,8	0,77

CAF (2009) avec des données de SESPROS, Eurostat (2008) et OCDE (2007)

***Tableau 17* : Taux d'emploi des mères (âgées de 20-49 ans) selon le nombre d'enfants de moins de 12 ans et proportion de celles travaillant à temps partiel (2003)**

Nombre d'enfants % à temps partiel	France	Allemagne
1 %	73,3 21	66,0 54
2 %	63,8 32	55,2 66
3 et plus %	39,8 45	37,9 67

CAF (2009) avec les données d'Eurostat, News Release, 4/2005

La protection sociale joue ainsi un rôle prépondérant dans le renouvellement et l'entretien de la main-d'œuvre. Elle réintègre les plus vulnérables dans le monde professionnel tout en œuvrant pour la préservation de ceux qui ne sont pas actifs de la paupérisation et de la précarité. En outre, elle participe à la régulation de l'activité économique.

II.2. La protection sociale est un régulateur économique

A l'absence des mesures de protection des revenus ou des filets de sécurité, une population peut se trouver dans une situation précaire lorsque que le PIB chute, les salaires baissent ou le chômage augmente (HOLMANN et JORGENSEN, 2000). Pour CENDRON (1996), la protection sociale est un équilibrant automatique de la croissance dans la mesure où elle préserve le revenu disponible des méfaits de la conjoncture économique. Selon l'auteur, elle évite ainsi les crises brutales comme celle de 1929 parce qu'elle est un outil redoutable pour soutenir la consommation. La masse salariale serait sujette à des variations importantes

de croissance. Elle serait fortement liée aux évolutions de l'emploi et du salaire par tête et reflète les mouvements cycliques. A l'inverse, l'évolution des prestations sociales en volume, beaucoup plus régulière, permettrait de maintenir une croissance significative de la consommation des ménages. CENDRON (1996) prend pour exemple la France, où en 1993, le PIB en volume a diminué (-1,0 %), la masse salariale subissant une baisse presque aussi importante (-0,9 %) alors que la consommation a augmenté de +0,4 % grâce à une importante croissance des prestations sociales (+4,3 %). L'auteur précise, tout de même, que le cercle vertueux de la croissance ne fonctionne pas toujours surtout dans une économie ouverte sur l'extérieur en citant le plan de relance de la demande de 1981-1982 en France. Ce plan visait à améliorer les prestations sociales dans le but de relancer la demande dans un contexte économique mondial et d'inflation rapide. L'ampleur des déficits (budget de l'Etat, régime général de la Sécurité sociale) et extérieurs (balance du commerce extérieur) conduisit à la révision à la baisse de l'évolution des prestations et une augmentation des recettes par la hausse des prélèvements obligatoires.

Si grâce à la redistribution, la protection sociale peut soutenir la demande avec l'augmentation des prestations sociales quand la croissance faiblit, la baisse des transferts sociaux peut permettre également de limiter le revenu disponible en cas d'inflation. Elle stabilise ainsi la conjoncture en exerçant une pression sur la demande (TESTENOIRE, 2011). Les dépenses de protection sociale jouent, selon MILLS (1994), un rôle anticyclique, constituant ainsi un facteur de progrès et non pas un coût. Elles amortiraient les difficultés conjoncturelles en permettant un développement plus stable des débouchés pour les entreprises. Leur apport primordial à l'issue de chaque longue crise (1873-1896, entre-deux-guerres) contribuerait à la relance des forces productives, à l'adaptation aux nouvelles technologies, à opposer à la montée de la suraccumulation du capital matériel et financier, des formes structurelles de valorisation, du capital permettant la reprise de la productivité du travail et la relance dans des conditions nouvelles de rentabilité du capital. La création de la sécurité sociale en France contribuerait aux mécanismes de régulation ayant permis de sortir de la crise de l'entre-deux-guerres et notamment la crise d'entretien et de développement de la force de travail. La protection sociale participerait aux transformations structurelles et au nouveau type de régulation du système économique, assurant la croissance économique à partir de la couverture des risques et besoins sociaux, permettant un nouveau dynamisme de la productivité du travail. En Allemagne sous BISMARK et GUILLAUME II, la création du système d'assurances sociales jouerait un rôle pour la compétitivité des groupes allemands.

De plus, la protection sociale, en tant que régulateur, influe positivement sur le marché du travail. ENJOLRAS (1999) résume les avantages de la réglementation sur les performances du marché du travail, comme suit :

- la réglementation en matière de sécurité de l'emploi réduit les risques supportés par le salarié et par conséquent permet d'atteindre un niveau de salaire moins élevé, ce qui est favorable à l'emploi. Elle peut favoriser aussi la loyauté du salarié en direction de son entreprise, ce qui impacte directement sur la productivité ;
- la sécurité de l'emploi peut contribuer à inciter les firmes à investir dans la formation des salariés. Elle peut aussi accroître la disponibilité des salariés face aux changements technologiques et à la mobilité interne et géographique ;
- les coûts de turnover jouent un rôle stabilisateur et n'affectent pas l'emploi ni le chômage à long terme ;
- la réglementation permet enfin d'internaliser les coûts externes relatifs à l'imperfection du marché du travail.

En plus de son rôle de stabilisateur, la protection sociale peut rendre plus facile les restructurations. Dans les années de restructuration industrielle qu'ont connues les pays développés, elle a offert un filet de sécurité limitant les dégâts sociaux. En Italie, par exemple, la Casa di Integrazione, en finançant de manière très globale l'indemnisation du chômage et la reconversion des travailleurs de l'automobile, a permis le redéploiement du groupe Fiat. Tous les pays de l'OCDE ont utilisé la méthode consistant à faciliter la sortie d'activité des salariés les plus âgés, en espérant favoriser l'emploi des plus jeunes (CENDRON, 1996).

III. La protection sociale favorise la cohésion sociale

La cohésion sociale est la capacité d'une société à assurer le bien-être de tous ses membres, à minimiser les disparités et à éviter l'apparition des pôles opposés. Elle permet de réduire l'exclusion, de faire de la diversité une source d'enrichissement et non un facteur de conflits sociaux. Elle suppose la maitrise des tensions par le biais de la réduction des inégalités et du rétablissement de l'équité (CDCS, 2005). Avec la confiance, elles constituent les deux versants du capital social[30], ces deux notions étant étroitement liées. La cohésion

[30] Le concept de capital social peut-être analysé sous deux perspectives différentes : la comptabilité et la sociologie. Les comptables définissent le capital social comme la valeur des biens ou l'argent que les associés apportent à une entreprise sans avoir droit à être remboursés. Pour les sociologues, le capital social implique la sociabilité d'un groupe humain, y compris les aspects permettant la collaboration et son usage (Les DEFINITIONS, 2011).

sociale résulte principalement de trois caractéristiques du tissu social : son degré d'homogénéité ou d'hétérogénéité ethnoculturelle, son degré d'égalité et son degré de fluidité ou de segmentation. La coexistence d'une différenciation accrue peut porter atteinte à cette cohésion sociale et mener à des formes exacerbées d'individualisme (GRJEBINE et LAURANT, 2008).

La cohésion sociale semble aujourd'hui menacée dans de nombreux pays, cette menace s'amplifiant avec la mondialisation. Elle engendre un sentiment d'insécurité pouvant affecter tous les domaines (économie, justice etc.). Le Président de l'Assemblée parlementaire de l'Europe SCHIEDER s'inquiétait en 2005 de la montée du sentiment d'insécurité en Europe et l''explique par des raisons économiques et sociales :

- la flexibilité croissante des marchés de l'emploi ;
- la privatisation des services publics ;
- le fossé de plus en plus profond entre les recettes fiscales et le coût de la sécurité sociale ;
- la diminution constante de la solidarité et de la responsabilité sociale ;
- l'accroissement des déchirures d'un tissu social déjà entamé ;
- la frustration de ceux qui se sentent abandonnés ;
- l'augmentation des familles pauvres, des chômeurs, des malades sans traitement, des personnes âgées sans soins et des jeunes sans avenir ;
- la recherche de boucs émissaires qui conduit à la montée de la xénophobie, du racisme, du sentiment de supériorité ethnique ou l'intolérance religieuse et à l'exploitation de cette peur par les politiciens populistes.

L'exemple de la France illustre bien l'accroissement de la détresse sociale et le risque de dislocation. D'après l'UNIOPSS[31] (2012), les risques de dislocation sociale sont très importants dans le pays en raison de phénomènes inquiétants :

- 4.5 millions de chômeurs ;
- 8.2 millions de personnes en situation de pauvreté sociale ;
- 3.6 millions de personnes sans logement ou mal logés ;
- 15 % des français contraints de renoncer aux soins pour des raisons financières ;

[31] Créée en 1947, l'UNIOPSS (union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux) a pour but d'unir, de défendre et de valoriser le secteur non lucratif de solidarité. Elle regroupe 75 % des associations françaises du monde de la solidarité ainsi que 25 000 établissements et services.

- L'accroissement des exclusions et inégalités dans l'accès à la protection sociale, à l'emploi, à la santé, à l'éducation etc.

Il est nettement meilleur et plus digne de vivre dans une société solidaire ou intégrée, dont les membres sont unis par des relations de réciprocité, plutôt que dans une société menacée par des clivages impitoyables où s'opposent gagnants et perdants, nantis et malheureux, inclus et exclus (CASTEL in COMBEMALE, 2009). Le maintien ou la restauration de la cohésion sociale passe nécessairement par la réduction des inégalités sociales. PLATON disait : « *si un Etat veut éviter la désintégration sociale, il doit veiller à ne tolérer aucune augmentation de l'extrême pauvreté comme de l'extrême richesse dans quelque partie que ce soit du corps social, parce que l'une comme l'autre conduisent au désastre. C'est pourquoi le législateur doit veiller à fixer clairement les limites acceptables de la richesse comme de la pauvreté* »[32]. Il est donc impératif de lutter contre les inégalités trop importantes, d'où l'importance de les cerner pour mieux les maîtriser.

III.1. Les inégalités

Il existe différents types d'inégalités (de revenu, de patrimoine, de consommation etc.) sans pour autant qu'on ait la mesure générale de l'inégalité à l'image de la croissance, de l'emploi ou de l'inflation. Mesurer l'inégalité implique des jugements de valeur et les indices utilisés ne sont jamais neutres. Cependant, toutes les inégalités ne doivent pas forcément être interprétées en termes d'injustice. Dissocier l'inégalité juste de celle qui est injuste s'avère utile même si cette distinction qui parait simple théoriquement est beaucoup plus délicate à opérer en pratique (ATKINSON et al, 2001).

✓ *L'état des inégalités à l'intérieur et entre les pays*

Les inégalités à l'échelle mondiale sont plus importantes que celles observées à l'intérieur des pays (cf annexe 4). A titre d'exemple, le coefficient de Gini mondial est estimé, selon MILANOVIC (2012), à 0,70 tandis que celui du Brésil, un des pays les plus inégalitaires, est inférieur à 0,60. Ces inégalités globales n'augmenteraient plus depuis la fin des années 1980 et diminueraient depuis les années 2000. D'après VEREZ (2007), en 2000, les ¾ du revenu mondial total étaient dans les mains des 20 % les plus riches dont le revenu moyen était environ 50 fois plus élevé que le revenu des 20 % les plus pauvres. Pour

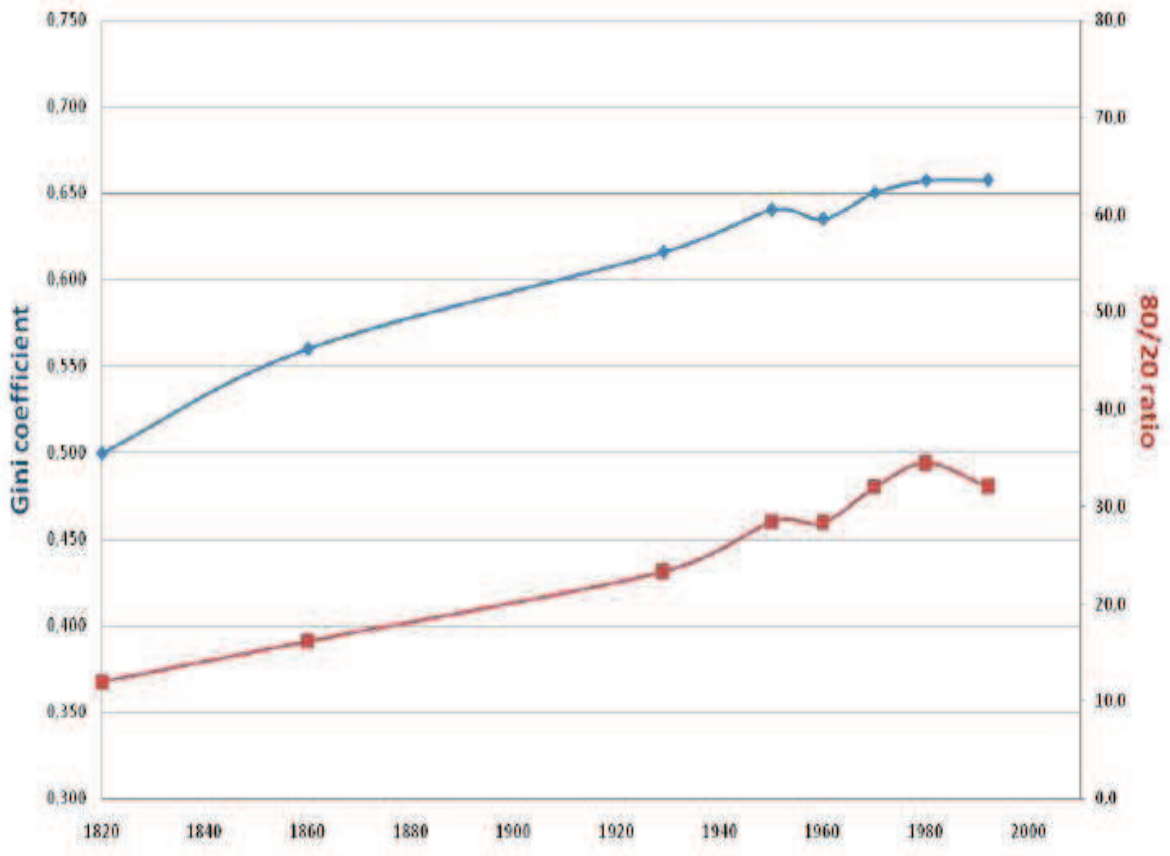
[32] Cité par COWELL en 1977 et repris par T. ATKINSON et al, 2001, page 18

MORRISSON (2012), l'indice de Gini mondial a diminué de 5,1 % entre 1992 et 2008. Pour la même période, le Theil, l'indicateur d'inégalité le plus sensible à la part des 20 % les plus riches, aurait baissé de 11 %.

Dans les pays émergeants, l'augmentation de la richesse globale n'efface pas les nombreuses inégalités nationales. C'est le cas de la Chine et du Brésil qui enregistrent des résultats économiques très satisfaisants mais aussi un fossé très significatif entre les nantis et les plus démunis. Selon GADREY (2007), depuis une vingtaine d'années, le PIB/habitant moyen de la Chine se rapproche de celui des Etats-Unis. Cependant, tout comme aux Etats-Unis, les inégalités de revenus à l'intérieur de la Chine se seraient fortement creusées. De 1983 à 2003, l'indice de Gini est passé de 0.26 à 0.41. Selon l'auteur, l'écart de revenu moyen des 10 % les plus riches et des 10 % les plus pauvres est passé de 6 ou 7 fois à 15 ou 16 fois comme les Etats-Unis.

Le Brésil a enregistré des résultats économiques très intéressants en termes de croissance économique et de lutte contre la pauvreté. La pauvreté a fortement baissé, notamment en zones rurales où elle est passée de 41.5 % en 1995 à 29.4 % en 2006. Durant cette même période, elle a légèrement augmenté dans les métropoles passant de 31.2 à 31.3 % (ROCHA, 2008). Depuis 2011, le Brésil est devenu certes la sixième puissance économique devant le Royaume-Uni. Pourtant, ce pays est l'un des pays les plus inégalitaires au monde. Les fortes inégalités affectent particulièrement certaines classes sociales et catégories socioprofessionnelles. Selon SGARD (2003), la probabilité pour un brésilien d'avoir les mêmes revenus que ses parents est extrêmement forte (70 % soit le double de celle des Etats-Unis pourtant). 50 % du revenu disponible serait alloué aux 10 % de ménages les plus riches. Pour SGARD (2003), dans certaines catégories de travailleurs ou de minorités raciales, la pauvreté est surreprésentée. C'est le cas des secteurs agricole et informel avec respectivement 40 % et 57 % de pauvres mais aussi des noirs représentant 46 % de la population mais 65 % des pauvres.

Graphique 2 : L'évolution des inégalités dans le monde 1820-1992



Source : F. BOURGUIGNON (2011), PSE-Ecole d'économie de Paris, Collège de France, http://www.college-de-france.fr/media/pierre-rosanvallon/UPL56556_BOURGUIGNON_Coll_ge_23_02_11.pdf

III.2. La protection sociale réduit les formes d'inégalité préjudiciables

La protection sociale ne cherche pas à endiguer toutes les formes d'inégalité mais plutôt celles préjudiciables à l'économie, à la cohésion sociale, au développement humain. A travers la redistribution des revenus, elle joue un rôle capital dans la réduction des inégalités. La redistribution regroupe, selon ELBAUM (2008), l'ensemble des prélèvements et prestations modifiant la répartition des revenus au sein d'une population. Elle peut être envisagée sous deux formes : la redistribution verticale et la redistribution horizontale. La redistribution verticale concerne les transferts prélevés sur les classes aisées au profit des personnes les plus défavorisées. La redistribution horizontale s'opère entre des individus ayant à supporter un risque social donné et celles qui en sont exemptes : entre actifs et retraités, entre personnes sans enfant et chargés de famille etc. A partir du cas de la France,

ELBAUM (2008) met en évidence le rôle des prélèvements et des transferts mais aussi l'importance grandissante des prestations par rapport à l'IRPP dans la réduction des inégalités depuis 1996. Entre 1996 et 2006, les réformes successives entraîneraient l'amoindrissement du rôle de l'IRPP dans la redistribution du revenu.

<u>Tableau 18</u> : Contribution des différents prélèvements et transferts à la réduction des inégalités de niveau de vie

	Législation 1996		**Législation 2006**	
	Part des transferts dans le revenu disponible (en %) (A)	Contribution à la réduction des inégalités (en %) (B)	Part du transfert dans le revenu disponible (en %) (A)	Contribution à la réduction des inégalités (en %) (B)
Prélèvements	- 22.6	45.8	-18.9	42.3
- Cotisations redistributives (famille, logement, autres taxes)	-7.8	5.9	-8.5	6.5
- Contributions sociales (CSG hors maladie, CRDS)	-3.7	2.8	-3.0	2.0
- Impôt sur le revenu (net de PPE) dont :	-9.9	36.9	-6.9	27.8
Impôt sur le revenu (avant PPE)	-9.9	36.9	-6.5	30.7
Prime pour l'emploi (PPE)	-9.9	0.0	0.4	2.9
Taxe d'habitation	0.0	0.1	-1.4	0.1
Prestations	-1.2	54.2	6.4	57.7
- Prestations familiales		26.9	4.1	28.2
- Aides au logement (location)		14.9	1.3	16.1
- Minima sociaux		12.4	1.1	13.4
Niveau de vie disponible	100.0	100.0	100.0	100.0

Note : la colonne (A) décrit le rapport moyen entre le revenu ou le transfert considéré et le revenu disponible. La colonne (B) estime les contributions de chaque transfert à la réduction des inégalités en % : l'ensemble des prélèvements sur le revenu initial contribue pour 42.3 % à la réduction des inégalités de niveau de vie initial. Ces contributions sont obtenues en suivant la méthode de décomposition de l'indice synthétique de mesure des inégalités de Gini au moyen des indices de « pseudo-Gini ».
Lecture : en législation 1996, l'ensemble des prélèvements qui entrent dans le champ redistributif contribuaient pour 45.8 % à la réduction des inégalités contre 42.3 % en législation 2006.
Champ : individus vivant dans un ménage dont le revenu net est positif ou nul, et dont la personne de référence n'est pas étudiante.
Source : M. ELBAUM (2008)

ELBAUM (2008) a aussi étudié l'influence des transferts sur la réduction de la pauvreté en Europe pour aboutir à une relation manifeste entre les dépenses de protection sociale, la réduction des inégalités et la pauvreté. Son étude des dépenses de protection sociale

a, par ailleurs, décelé les clivages existant entre les différents pays du continent. Les pays nordiques (Suède, Danemark) se distinguent par un niveau élevé de dépenses de protection sociale et un système de transferts sociaux efficace, ayant fortement réduit la pauvreté et les inégalités de revenu. Avec l'un des systèmes les plus égalitaires au monde, ces pays détiennent le record des plus faibles taux de risque de pauvreté. Selon ELBAUM (2008), les pays de l'Europe du Sud (Italie, Espagne, Portugal, Grèce) n'enregistrent pas les mêmes résultats en matière de réduction de la pauvreté et des inégalités du fait de la part relativement faible accordée aux transferts sociaux par rapport aux dépenses de retraite. Leur taux de pauvreté serait très élevé et les inégalités constitueraient des records au sein du continent. Le rapport S80/S20 serait compris entre 5 et 7 à cause de la faible influence des transferts sociaux sur la réduction des inégalités. La part des dépenses de retraite occuperait une place significative dans les dépenses de protection sociale au détriment des transferts sociaux. D'après l'auteure, les pays occidentaux (France, Allemagne, Luxembourg, Pays-Bas, Belgique), avec un niveau de dépenses de protection sociale assez semblable des deux pays nordiques, ont moins de réussite dans la réduction de la pauvreté et des inégalités : 11 à 13 points contre 20 points pour le risque de pauvreté et de 3.8 à 4.2 contre 3.3 à 3.5 pour le rapport S80/S20. Cette situation s'expliquerait par la plus forte part accordée aux dépenses sociales hors retraite dans les pays nordiques (20 % du PIB contre 13 à 16 % du PIB). (cf. annexe 5)

Dans leur rapport, remis en 2001 à la présidence belge du Conseil Européen, ESPING-ANDERSEN, GALLIE, HEMERIJCK et MYLES mettaient en évidence la forte montée de la pression inégalitaire. Les inégalités avant transferts auraient augmenté de 10 à 30 % dans les pays industrialisés entre les années 1980 et 2000. Certains pays tels que le Danemark, la France, la Norvège et les Pays-Bas auraient réussi à endiguer le mouvement. Les inégalités n'auraient pas augmenté dans ces pays grâce l'influence des Etats-providence. L'Allemagne et le Royaume-Uni, ayant réduit les transferts sociaux en tandem avec l'augmentation des inégalités du marché, ont enregistré une forte augmentation des inégalités (PolitiquesSociales.net, 2007).

<u>Tableau 19</u> : Variation des inégalités de revenus et des transferts gouvernementaux Principaux pays d'Europe et Etats-Unis, 1984-1997, population active

	Années de référence	Variation du Gini : Revenu au marché (%)	Variation de l'effort de redistribution gouvernemental (%)	Variation du Gini : Revenu disponible (%)
Belgique	(85, 96)	+ 2	- 6	+ 5
France	(84, 94)	- 1	+ 3	- 2
Allemagne (O)	(84, 94)	+ 25	- 19	+ 33
Italie	(86, 95)	+ 17	+ 21.5	+ 15
Pays-Bas	(87, 94)	- 5	- 7	- 2
Danemark	(87, 97)	+ 12	+ 17	+ 4
Finlande	(87, 95)	+ 29	+ 18	+ 16
Norvège	(86, 95)	+ 23	+ 50	+ 4
Suède	(87, 95)	+ 25	+ 32	+ 1
Royaume-Uni	(86, 95)	+ 9	- 11	+ 14
Etats-Unis	(86, 95)	+ 11	+ 4	+ 10

Note :
Changements fondés sur l'équivalent des coefficients GINI par ménage dirigé par des 25-55 ans. L'équivalence OCDE modifiée utilisée (1 pour chef de ménage, 0.5 par adulte supplémentaire, 0.3 par enfant). Données LIS utilisées. Source: (9/2001) A New Welfare Architecture For Europe? Report submitted to the Belgian Presidency of the European Union by Gosta ESPING-ANDERSEN, Ducan GALLIE, Anton HEMERIJCK, and John MYLES, (Final version, September 2001), 281 pages, p. 37. Tableau PotiliquesSociales.net (2007)

IV. La protection sociale est un impératif pour la formalisation des activités « informelles »

Pour ESCUDIER (2007), système de production d'une part, protection sociale et droit du travail d'autre part, se sont construits simultanément dans une relation bilatérale. L'auteur prend exemple sur les accidents du travail au XIXe siècle où le système de sécurité dans l'entreprise impose une transformation du rapport salarial pour parer au risque individuel et collectif. Jusqu'aux années 1820-1830, les ouvriers apportaient sur leur lieu de travail leurs outils, leur lampe à huile et l'huile nécessaire. Le risque d'accident collectif que représentait l'éclairage à feu nu en atmosphère grisouteuse conduisit les compagnies à s'équiper en lampes de sûreté. Chaque houillère installa alors une lampisterie où les lampes étaient vérifiées, entretenues et remplacées au besoin. Pour l'auteur, la protection sociale tend vers une reconnaissance de l'individu salarié dans la mesure où elle se construit dans une relation dialectique entre collectif et individu pour répondre aux exigences productives.

ESCUDIER (2007) cite également le système de pensions de retraite instauré dans les années 1860-1870 profitant à la fois aux salariés et aux employeurs. La recherche de gain de productivité ne pouvant plus passer par l'accroissement de la durée du travail, les entreprises furent amenées à évincer les travailleurs usés. Le licenciement pur et simple de ces travailleurs comportant un risque de révolte ouvrière, les employeurs mirent en place un système de pensions dont l'attribution était discrétionnaire. Ainsi, ces pensions permettaient, selon l'auteur, de fixer l'ouvrier dans l'entreprise quand la main-d'œuvre était insuffisante. Tout licenciement ou départ volontaire de l'ouvrier se traduisait par l'annulation automatique de la pension. Ce système de pension fut un instrument de contrôle social et un outil de gestion de la main-d'œuvre. La nécessité de reconstituer la « carrière » des ouvriers permet une traçabilité, consubstantielle de la protection vieillesse.

Ce processus ne concerne pas que le monde développé. Aujourd'hui encore, la protection sociale participe à l'intégration de nombreuses catégories de travailleurs qui, d'usage, évoluent dans l'informalité. C'est le cas des travailleurs domestiques malgré leur contribution non négligeable dans la société. Ces salariés prennent soin des enfants, s'occupent des personnes âgées et des tâches ménagères et facilitent au quotidien la disponibilité des employeurs dans le domaine du travail comme dans les loisirs. Dans de très nombreux pays, ils sont exploités et travaillent dans des conditions précaires à cause des législations souvent inadaptées ou inapplicables. A cela s'ajoute la mauvaise image d'un travail considéré comme dégradant, « non productif », sans valeur. Généralement issus des catégories pauvres, ces travailleurs, essentiellement des femmes, sont souvent victimes de violences, d'harcèlement sexuel et même de privation de nourriture. Ils perçoivent une rémunération habituellement inférieure de la moitié et parfois pas plus de 20 % du salaire moyen (OIT, 2007). Dotées d'une très faible capacité de négociation, le travail d'une partie significative de ces employées n'est pas déclaré, ce qui les prive automatiquement de protection sociale.

La mise en place d'une couverture sociale pour employés domestiques dans certains pays a amélioré leurs conditions de travail, limiter le travail au noir et ne s'est pas fait au détriment des employeurs. Elle a permis d'intégrer petit à petit cette catégorie de travailleurs, historiquement ancrée dans l'économie informelle, dans le secteur structuré. D'ailleurs, de plus en plus d'initiatives sont recensées à travers le monde pour concilier travail domestique et protection sociale. Selon le guide syndical CSI (2010), en Inde, le Parlement a voté le projet de loi sur la sécurité sociale des travailleurs domestiques non organisés en 2008. En Belgique,

le système chèque emploi-service aurait permis de limiter le travail au noir y compris dans le travail domestique.

TIZZIANI (2010) a examiné la formalisation dans le secteur des employées de maison en Argentine, historiquement caractérisé par le poids élevé de l'informalité. En Argentine, le travail domestique concernerait 22 % des salariées. 43 % d'entre elles se trouveraient dans le premier quintile de revenus et 71 % entre le premier et le deuxième quintile. Près de 80 % de ces employées travaillaient en 2004 pour un seul employeur et la majorité le faisaient dans la modalité « externe » (non logé). Le premier cadre légal du secteur dans le pays (Estatuto del Servicio Doméstico) a été édicté en 1956. Etaient considérées comme salariés dans l'emploi domestique tous les employés « à demeure » ou ceux travaillant au moins quatre heures par jour, quatre jours par semaine pour le même employeur. Ce cadre légal régulait les salaires, les contributions patronales à la sécurité sociale, la durée de la journée pour les employées « à demeure », établissait le droit à des congés maladie et des vacances, au préavis et à une indemnisation en cas de licenciement injustifié et à des étrennes annuelles. Il excluait cependant une partie significative des employés de maison car ne concernant que 53 % des travailleurs du secteur. N'étant pas considérées comme des salariées, les 47 % restant représentent les indépendantes. Elles travaillent moins de 4 heures par jour et 4 jours par semaine. En 2000, le Parlement décrétait une nouvelle régulation étatique des activités liées à l'emploi domestique et en 2006, un programme de régularisation de l'emploi dans le secteur a été mis en place par le gouvernement afin d'étendre l'accès aux droits sociaux : il établit le caractère obligatoire des contributions patronales pour les employées indépendantes travaillant au moins six heures par semaine pour le même employeur. L'employeur pourra déduire des impôts les contributions à la sécurité sociale et la totalité du salaire de l'employée. Ce programme se traduirait, selon les chiffres officiels, par une forte croissance de l'emploi formel dans le secteur qui augmenterait de 98 % dès l'année de sa mise en œuvre et 90 % des employées accéderaient aux prestations de santé et de sécurité sociale. Cette nouvelle législation ne donnait pas aux travailleuses les mêmes droits que les autres catégories de travailleurs car elle ne les permettait pas de prétendre aux allocations familiales, contrats de travail, allocations de chômage. Cependant, elle aurait permis à ces travailleuses de disposer d'un « carnet » de travail faisant preuve de relation de travail mais surtout d'un salaire minimum fixé par les pouvoirs publics. Ce salaire minimum augmentait avec les négociations. La dernière augmentation générale du salaire minimum aurait été négociée en Juillet 2008 : il s'agissait d'une augmentation « en échelon » portant le salaire minimum de 980$ à 1200$ en Août et à 1240$ en Décembre 2008. Les employées domestiques ont dû attendre cinq mois

pour l'actualisation de leur niveau de salaire, qui a eu lieu le 17 décembre : dans le cas de la modalité ' « externe », celui-ci avait été fixé en 900$ en mars 2008 pour une journée de huit heures de travail et a augmenté à 1142 $ en décembre ; dans le cas des employées « à demeure », le salaire de la catégorie 3 a été fixé à 1273 $ à la même période.

Cette expérience argentine met en évidence des travailleuses jadis exploitées mais aujourd'hui organisées et encadrées par des dispositifs réglementaires. L'augmentation successive du salaire minimum permet de penser que la réglementation évoluera dans le temps. Ces travailleuses devraient encore demander plus de droit et intégreront inéluctablement le secteur formel avec les mêmes droits que les autres salariés.

Première conclusion partielle

La protection sociale est assimilable à un investissement susceptible d'être rentable s'il est raisonnablement élaboré et si sa conception répond à un besoin bien défini. Elle peut bénéficier d'importantes ressources sans pour autant atteindre les objectifs visés. L'impact de la protection sociale sur l'économie et sur les hommes peut être considéré comme négatif ou positif mais il est bien réel. Néanmoins, il est très difficile de le mesurer en tenant compte de l'ensemble de ses composantes. Il semble donc légitime de se demander si la protection sociale peut optimiser la productivité des hommes et les performances économiques.

Généralement, les arguments évoqués pour dénoncer la mauvaise influence de la protection sociale sur l'économie et sur les hommes convergent vers son aspect redistributif et sur l'implication étatique. Si les effets de la redistribution sont autant critiqués c'est sans doute parce que leur apport positif sur le plan économique et humain apparaît négligeable eu égard aux moyens qu'ils mobilisent. Assimiler octroi des allocations de chômage et incitation au renoncement du travail est un argument défendable théoriquement et empiriquement. Il existe des pays très inégalitaires obtenant des résultats économiques satisfaisants et une productivité du travail élevée. En revanche, ils peinent à atteindre un développement harmonieux profitant à l'ensemble de leur population, le cas du Brésil l'illustrant parfaitement avec une cohésion sociale menacée par la coexistence des performances économiques réparties de manière inégalitaire, une forte criminalité, un contact permanent des favelas et des quartiers résidentiels. Le Brésil aurait intérêt à répartir plus équitablement les fruits de la croissance pour lutter efficacement contre la pauvreté et garantir un sentiment de justice sociale, garant de la cohésion sociale. L'opulence côtoyant la précarité ne peut qu'engendrer un sentiment d'injustice pouvant se traduire par la montée de l'insécurité.

Sans système de protection sociale plus égalitaire, les risques d'embrasement, de crises sociales dévastatrices peuvent sérieusement nuire aux progrès économiques entrepris par les pays. La faim, le manque de soins et d'éducation favorisent la corruption et l'instabilité politique, véritables « fléaux » préjudiciables à tout développement économique et peuvent plonger les pays dans le cercle vicieux de la pauvreté. Un développement économique cumulé à de très fortes inégalités sociales reste donc fragile et vulnérables aux chocs exogènes et endogènes.

Chapitre III : L'impact de l'Assurance maladie sur la rentabilité des hommes

Un individu en mauvaise santé est très souvent moins productif, de même qu'une bonne santé est généralement associée à de bonnes performances économiques. Si la forte corrélation entre la santé et la productivité semble évidente, il parait plus compliquer de déterminer laquelle de ces deux variables impacte sur l'autre. Y a-t-il une influence réciproque ? Ce chapitre cherche à clarifier la nature de cette relation, à cerner les conséquences d'une bonne et d'une mauvaise santé mais également des moyens de préservation ou d'amélioration de l'état de santé. Avec la montée des inégalités sociales, constituant une menace contre l'accessibilité des services de soins et de prévention, du coût de la santé, nous tenterons d'évaluer l'impact de l'Assurance maladie sur la santé et par ricochet sur les performances humaines.

Démontrer l'apport de l'assurance maladie nécessite au préalable une étude sur la santé. Nous allons donc dans un premier temps mettre en évidence les conséquences d'une mauvaise santé avant de mesurer l'impact d'une bonne santé sur la productivité des hommes et sur l'économie grâce à des analyses théoriques et empiriques. Ensuite, nous allons montrer comment l'efficacité de l'assurance maladie peut contribuer à la productivité du plus grand nombre en tant que véritable acteur économique.

§1. Santé et productivité

I. Définition et déterminants de la santé

✓ *Définition*

Selon l'OMS, « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »[33]. Elle est un élément essentiel déterminant à la fois la durée et la qualité de vie (STIGLITZ et al, 1999). Elle n'obéit pas aux mêmes règles que l'économie générale en ce qui concerne la loi de l'offre et de la demande. Elle n'est pas « un bien » pouvant être consommé et échangé mais plutôt un objectif idéal revendiqué comme un droit dans la plupart des pays (BERESNIAK et DURU, 2001). La santé est une affaire de comportement, ce qui lui donne un aspect individuel et privatif. Dans la mesure où elle concerne l'environnement, elle relève aussi du collectif. Ses aspects individuel et collectif sont étroitement liés et impactent directement sur l'état sanitaire de la population. La santé est, en outre, un concept subjectif qui varie selon l'individu raison pour laquelle, il existe autant de perceptions de santé que d'individus. Elle varie aussi selon les époques, étant sollicitée par une population donnée en fonction de l'état des connaissances médicales du moment. C'est pourquoi la santé d'aujourd'hui n'aura certainement pas les mêmes contours que celle de l'année 2012 (ESCUDIER, 2006).

✓ *Les indicateurs et déterminants de la santé*

D'après le professeur et praticien RUSCH et DA SILVA[34], les indicateurs de santé sont constitués d'indicateurs de :

- Mortalité (espérance de vie à la naissance, espérance de vie à 35 ans, taux de mortalité infantile, taux brut de mortalité, certificat de décès) ;
- Morbidité (maladies, pathologies, prévalence, incidence, létalité) ;
- Facteurs de risque (survenance d'un accident, d'une maladie ou d'un décès)

[33] Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946 ; (Actes officiels de l'Organisation de la Santé, n°2, p.100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. www.who.int/about/definition/fr/print.html

[34] F. DA SILVA et E. RUSCH « Santé et déterminants de la santé,… le temps des indicateurs… », http://www.cesel.org/IMG/pdf/RUSCH_1.pdf

- Handicaps (déficience, incapacité, dépendance ou désavantage social).

Nous allons nous focaliser principalement sur l'espérance de vie à la naissance définie par l'OMS comme une mesure statistique représentant l'âge qu'un nouveau-né peut atteindre en moyenne si les taux de mortalité actuels ne changent pas (OMS, 2005). Cet indicateur, largement utilisé, apparaît comme l'un des plus aptes à renseigner sur le niveau de l'état de santé général d'une population. Comme tous les indicateurs, il fait l'objet de critiques. Pour ESCUDIER (2006), par exemple, l'espérance de vie a certes un intérêt démographique majeur mais représente un indicateur altéré de Santé publique dans la mesure où il n'informe pas sur la qualité de vie de la population et donc ne tient pas compte des répercussions de la maladie ou de l'incapacité.

✓ *Les déterminants de la santé*

Selon l'OMS (2012), « *les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie* »[35].

L'Agence de la santé publique au Canada (2001) considère comme déterminants de l'état de santé d'un individu les facteurs suivants :

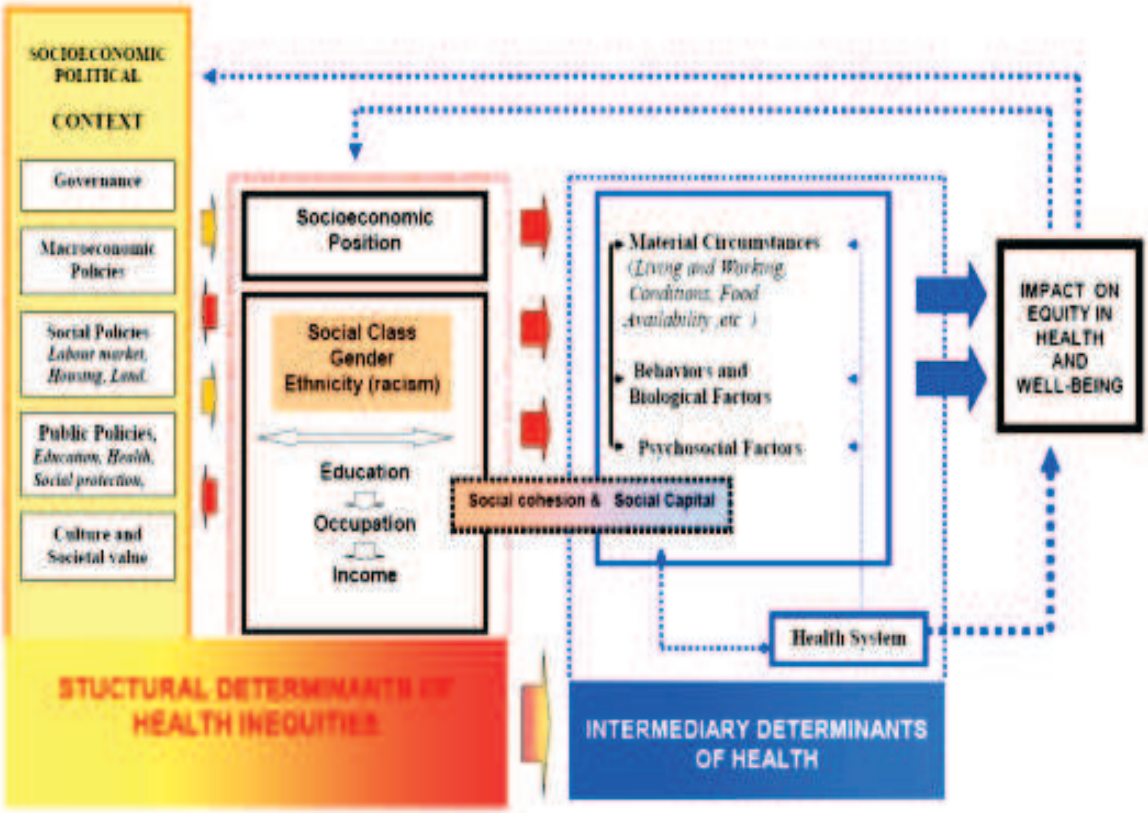
- le niveau de revenu et le statut social,
- les réseaux de soutien social,
- l'éducation,
- l'emploi et les conditions de travail,
- les environnements physiques,
- le patrimoine génétique,
- les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles,
- le développement de la petite enfance,
- les services de soins.

Ces déterminants constituent, selon l'OMS (2012), les principaux facteurs d'aggravation des inégalités en santé et agissent en interaction. Sa commission des déterminants sociaux de la santé, créée pour trois ans (2005-2008), dans le but de promouvoir l'équité et de faire des recommandations pour améliorer la santé, met en exergue ces interactions. Cette commission a insisté sur l'interdépendance entre déterminants

[35] OMS (2012), « *Les déterminants sociaux de la santé* », http://www.who.int/social_determinants/fr/index.html

« structurels » et déterminants « intermédiaires ». Elle considère les politiques sociales et économiques comme les déterminants structurels ayant un rôle capital dans l'épanouissement de l'individu. Ces politiques pourraient par la répartition ou la protection sociale améliorer l'état de santé. La commission met aussi en évidence l'importance des déterminants « intermédiaires » tels que la nutrition, le logement, le comportement etc. qui impactent aussi directement sur l'état de santé des individus. Le diagramme met en évidence l'interdépendance des déterminants structurels et intermédiaires et leurs effets sur l'équité en santé et en bien-être. Cet impact peut se traduire par un cercle vertueux ou vicieux car l'état de santé et le bien-être d'une population entraînent des répercussions sur les politiques sociales et économiques mises en place.

Graphique 3 : Cadre des grandes catégories de déterminants et les voies

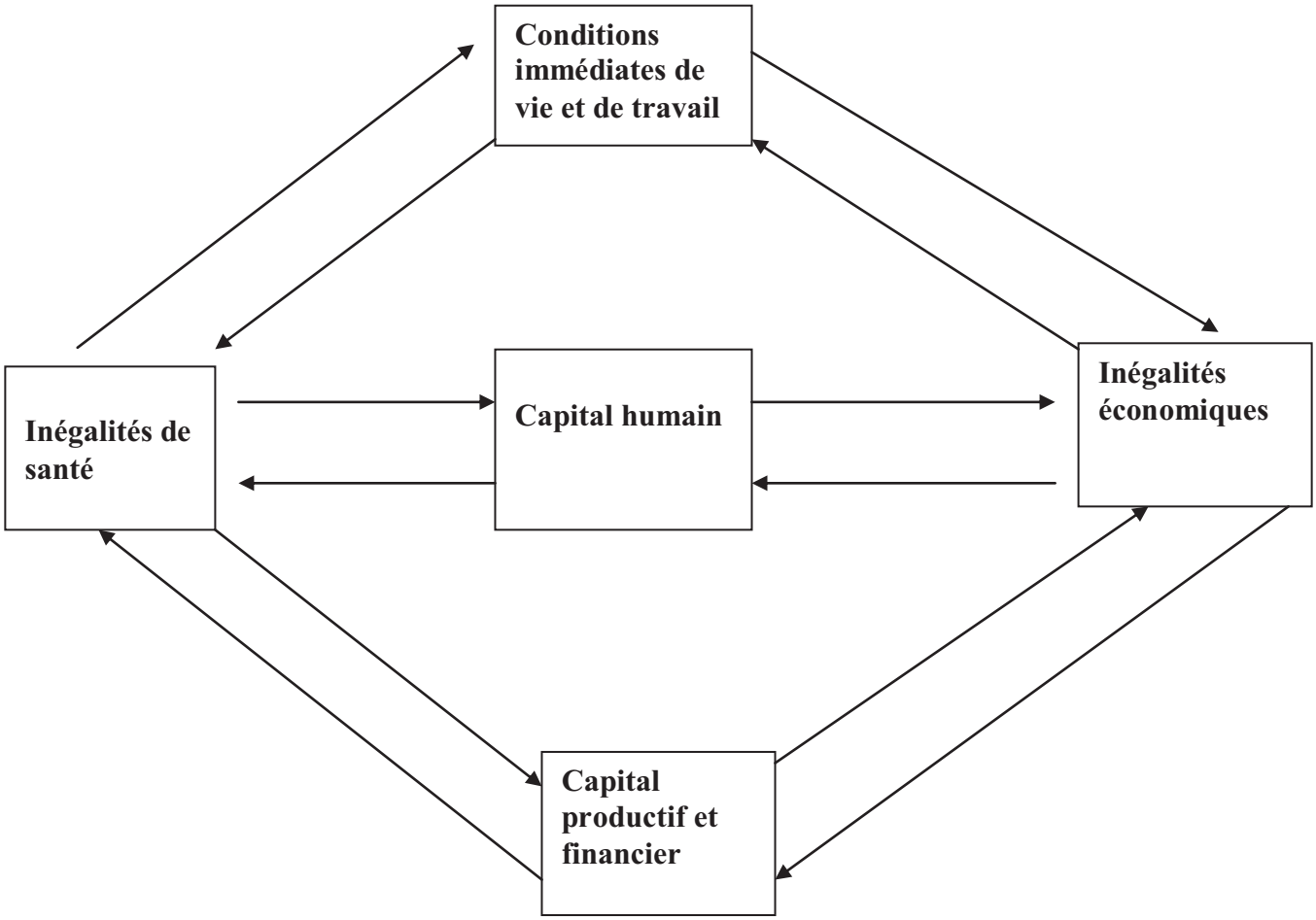


Source: OMS (2008), The Final Report of the WHO Commission of Health, 28 August

II. Les inégalités en santé

Les inégalités en santé sont des injustices en termes de santé pouvant être évitées à l'intérieur d'un pays ou entre les pays (OMS, 2008). Elles se creusent aussi bien dans les pays développés que dans les pays pauvres et s'exercent presque toujours au détriment des populations les plus démunies (WAGSTAFF, 2002). Ces inégalités devant la santé proviennent certes des modes de vie et des conditions de travail très contrastées mais la forte variation selon l'échelle sociale dans le recours aux soins accentue les écarts. Les facteurs socio-économiques constituent le principal explicatif des différences de risque face à la maladie devant le sexe, l'âge et le statu matrimonial (BIHR et PFEFFERKORN, 1995). Il existe, en effet, de fortes interactions entre les inégalités de santé et les inégalités économiques (CAIRE, 2002).

<u>Graphique 4</u>: Interactions entre inégalités de santé et inégalités économiques



Source : G. CAIRE (2002), Forum « Inégalités de développement et exclusion sociale ».

A l'intérieur des pays, on relève de fortes disparités entre les catégories socioprofessionnelles lesquelles traduisent un état d'esprit totalement différent face à la santé. Pour LABOURDETTE (1988), les cadres font appel aux médecins afin d'obtenir des conseils et des soins. Ils auraient une grande « écoute de leur corps » contrairement aux ouvriers dont la dégradation de la santé serait perçue de manière brutale. Selon l'auteur, ces derniers hésitent davantage à aller consulter les médecins et attendent, en général, d'être réellement malades. Pour l'INPES (2008), à 35 ans, un ouvrier français a une espérance de vie inférieure de sept ans à celle d'un cadre.

Le cas de la France est loin d'être isolé ; dans l'ensemble des pays industrialisés, on constate ces inégalités en santé. Le Canada, cité pour ses bons résultats sanitaires, enregistre des disparités fortes en matière de santé dues aux revenus. L'espérance de vie dans le pays a atteint 80.7 ans en 2006 soit une hausse de 5.8 ans par rapport en 1979. Elle a progressé entre ces deux périodes de 0.21 % par an. A cela s'ajoute une importante baisse de la mortalité

infantile (10.9 pour 1000 en 1979 contre 5.1 pour mille naissances vivantes en 2007) (SHARPE et MURRAY, 2011). Et pourtant, 52.2 % des canadiens situés dans le décile inférieur et 50 % de ceux se situant dans le second décile estiment être confrontés à de nombreux obstacles dans l'amélioration de leur santé. En ce qui concerne les Canadiens du décile supérieur, une infime partie (1.9 %) considère l'aspect pécuniaire comme un facteur déterminant l'amélioration de la santé (SHARPE et MURRAY, 2011). La situation est encore plus préoccupante à l'intérieur des pays en développement et notamment en Afrique. En effet, la minorité aisée voit son état de santé se rapprocher de celui des pays développés alors que la situation de la majorité pauvre, déjà mauvaise, se détériore (RAYNAUT et al, 2002). Le quintile le plus riche bénéficie de 2.2 fois plus de dépenses publiques de santé que le quintile le plus pauvre (BERTHELEMY, 2007).

Le lieu de résidence peut aussi être à l'origine d'écarts significatifs en matière de santé. Le cas du Brésil illustre bien ces fortes disparités. La situation sanitaire n'est pas la même au Nord et au Sud du pays. Dans l'Etat d'Alagoas, l'espérance de vie est de 62 ans et le taux de mortalité infantile avant un an y est de 74 pour mille tandis que dans l'Etat de Rio Grande do Sul, on peut espérer vivre jusqu'à 71 ans, la mortalité avant un an étant de 19.6 pour mille (RAYNAUT et al, 2002). Ces différences peuvent être majorées en fonction du système de santé. Avec un système plus inégalitaire, les Etats-Unis enregistrent des différences plus fortes qu'en France. D'après l'INPES (2008), l'espérance de vie d'un homme noir habitant Harlem est inférieure de quinze ans à celle d'un blanc vivant dans le quartier des Musées de New York City. En France, on retrouve l'espérance de vie la moins élevée dans le Nord. Un habitant de l'Ile-de-France peut espérer vivre quatre ans de plus qu'un français vivant dans le Nord-Pas-de-Calais.

Ces inégalités en santé sont encore plus perceptibles entre les nations. L'écart qui sépare pays riches et pays pauvres se creuse de plus en plus. Le taux de mortalité infantile avant un an est de 120 pour mille au Mozambique alors qu'il est de 2 pour mille en Islande (OMS, 2008). Le Sida affaiblit les pays les plus pauvres où sont concentrés 90 % des séropositifs avec seulement 10 % des dépenses de recherches. En effet, seulement 300 millions de dollars sont consacrés à la vaccination accessible aux pays pauvres contre 3 milliards de dollars au perfectionnement des traitements concernant en priorité les 10 % des pays riches (MAJNONI D'INTIGANO, 2001). Cette situation des pays africains est accentuée par des crises économiques, politiques, environnementales qui détériorent le niveau de l'état de santé général. L'espérance de vie est au moins égale à 70 ans dans les pays riches alors qu'elle ne dépasse pas 29 ans au Niger (RAYNAUT et al, 2002). Dans ce pays, l'un des plus

pauvres du continent africain, le pourcentage de durée de vie vécue en incapacité est de 24 % alors qu'il ne dépasse pas 8 % au Japon (CAIRE, 2002).

La montée des inégalités sociales et de santé représente un handicap pour le développement humain et économique, la mauvaise santé ayant un coût extrêmement élevé.

III. Le coût de la mauvaise santé

La mauvaise santé est un facteur de stagnation économique et sociale dans la mesure où la maladie engendre une perte de bien-être individuel et influe négativement sur la vie de demain. En outre, elle induit des coûts sociaux hypothéquant toute velléité d'amélioration de l'autonomie individuelle et de maintien de la croissance économique (TIZIO, 2004). Les coûts de la maladie ne se limitent pas uniquement à la somme des frais relatifs aux soins qu'elle occasionne. La mauvaise santé engendre aussi un absentéisme important pouvant entraîner une baisse de la production mais également un cortège de pertes secondaires (LEVY et al, 1977). La mauvaise santé des pauvres, des défavorisés, des personnes en marge de la société expliquerait leur maintien au bas de la pyramide sociale. Il semble exister une relation étroite liant santé et intelligence, maladie et faiblesse caractérielle ou intellectuelle. La plupart des enquêtes épidémiologiques ont d'ailleurs confirmé que c'est dans le monde ouvrier qu'on trouve la plus grande fréquence des maladies mentales (AIACH et al, 1987). Les pauvres vivent moins longtemps et sont confrontés à une vie marquée en grande partie par un handicap ou des incapacités (CAIRE, 2002). Cette situation s'explique par l'étroite relation existant entre mauvaise santé et pauvreté. Cette relation a été mise en exergue par WAGSTAFF (2002) pour qui, une population pauvre et en mauvaise santé s'appauvrit davantage et détériore son état de santé par le biais du cercle vicieux. Les individus pauvres, moins éduqués et moins informés, seraient, en effet, amenés à avoir un comportement à risque de manière involontaire ou par manque de moyens, ce qui conduit à une malnutrition, une mauvaise santé mais aussi une forte fécondité. Selon l'auteur, la dégradation de leur santé leur fait perdre des revenus par l'absentéisme et/ou la baisse de productivité en raison des prestations sanitaires. Avec la faiblesse du niveau de la protection sanitaire et l'inaccessibilité des soins, ils n'auraient pas d'autres alternatives que de recourir à des services de qualité médiocre susceptibles de détériorer encore plus leur état de santé.

Une mauvaise santé affecte le PIB par habitant en réduisant la productivité et la taille relative de la main-d'œuvre. Elle réduit considérablement l'espérance de vie et décourage les

investisseurs étrangers (BLOOM et al, 2004). La malaria, un des principaux fléaux de l'Afrique constitue un obstacle au développement économique. Elle réduit le taux de croissance et démobilise les investissements étrangers et, en frappant les enfants, constitue un sérieux obstacle pour le développement futur (MAJNONI D'INTIGANO, 2001). Les pays confrontés au paludisme perdent au moins 1 % de croissance par an par rapport aux pays indemnes (OMS, 2002).

Le Sida est encore plus nuisible au développement économique. Il a créé en Afrique une génération d'orphelins contrainte à travailler précocement pour survivre, limitant ainsi leur formation et leurs revenus dans le futur. Cette maladie continue de faire des ravages et réduit l'espérance de vie au sein du continent. En effet, en 1960, un africain pouvait espérer vivre jusqu'à 40 ans. L'espérance de vie a atteint 50 ans en 1990 avec un taux relativement faible de décès dus au Sida (218 000 cas). Ce nombre a considérablement augmenté depuis (BLOOM et al, 2004). En 2001, le nombre de décès du au Sida était estimé à 1.4 million en Afrique Sub-saharienne. Même si depuis 2005, la mortalité liée à cette maladie est en baisse, le nombre d'adultes et d'enfants qui en meurt est encore très significatif. Il était estimé à 1.3 million en 2009 (ONUSIDA, 2010). Le Sida détourne des ressources considérables au détriment des investissements productifs. Les soins sont chers et la maladie coûte en moyenne le double ou le triple du PIB par habitant. Dès qu'elle touche plus de 5 % de la population, la maladie a des effets sur la croissance annuelle. A partir de 8 %, la croissance sera ralentie de 0,4 point du PIB et à partir de 25 %, on perd 1 point de croissance. L'effet du Sida est très négatif pour certains pays d'Afrique où la croissance n'a guère dépassé 1 à 1,5 % en moyenne ces vingt années (MAJNONI D'INTIGANO, 2001).

La mauvaise santé entraîne aussi une plus forte mortalité prématurée avec des conséquences économiques significatives. Déjà dans les années 1940, des études effectuées aux Etats-Unis à l'image de celle de DUBLIN, LOTKA et SPIEGELMAN en 1947 assimilaient la mort prématurée à une perte économique colossale pour la société. A cette époque, l'individu issu des catégories aisées n'atteignait le maximum de sa capacité de gain avant l'âge de 55 ans tandis que celui issu des classes défavorisées l'atteignait plus tôt (entre 35 et 40 ans). Pour ces catégories défavorisées, majoritaires au sein de la population, la courbe de gain ne variait pas de manière appréciable entre 25 et 65 ans. C'est pourquoi, on pouvait raisonnablement dire que le décès d'un enfant de 15 ans constituait une perte économique pour la société. Si le décès intervenait à 40 ans, la société réalisait un gain. Ce dernier serait supérieur à deux fois si la durée de vie était de 65 ans (OMS, 1952). De nos jours, la différence en termes d'espérance de vie peut traduire une perte de revenus beaucoup

plus importante. SACHS (2001) a comparé en 1997 un habitant des Etats-Unis (avec un revenu moyen annuel de $30 000, en valeur corrigée de la parité du pouvoir d'achat) et un habitant du Botswana (avec un revenu annuel moyen de $6320). Selon SACHS (2001), le revenu moyen annuel d'un américain est arithmétiquement cinq fois supérieur à celui d'un botswanais, en réalité, l'écart est beaucoup plus important. Un botswanais de 22 ans ayant fait 12 ans d'études pourrait espérer gagner au cours de sa vie environ 61 fois le revenu annuel moyen ($385 000) alors qu'un américain, avec une espérance de vie plus élevée, pourrait espérer gagner environ 120 fois le revenu annuel moyen soit $3 600 000 (soit plus de 9 fois supérieur).

Si la maladie représente incontestablement un coût exorbitant au niveau sociétal et économique, une bonne santé constitue une condition indispensable pour le développement humain et un facteur de performance économique considérable.

IV. L'apport de la santé sur les hommes et sur l'économie

L'histoire a montré que les grands « décollages » se sont toujours accompagnés de véritables révolutions dans le domaine sanitaire. C'est le cas de la croissance rapide de la Grande-Bretagne pendant la révolution industrielle, du démarrage du Sud des Etats-Unis au cours du XXe siècle, de l'essor économique concomitant du Japon et du développement spectaculaire de l'Europe méridionale et de l'Asie orientale commencé dans les années 1950 et 1960 (SACHS, 2001). Jusqu'aux années 1990, le rôle de l'éducation dans les déterminants de la croissance économique a été privilégié au détriment de l'apport de la santé (DIAGNE, 2006). Aujourd'hui, l'état de santé, en tant que composante du capital humain, est reconnu pour son rôle crucial dans le développement économique (TIZIO, 2004). L'état de santé initial d'une population est un élément clé de la croissance du pays au même titre que le revenu initial par habitant, la situation géographique, le cadre institutionnel, le niveau initial d'instruction et les investissements dans l'éducation (BLOOM et al, 2004).

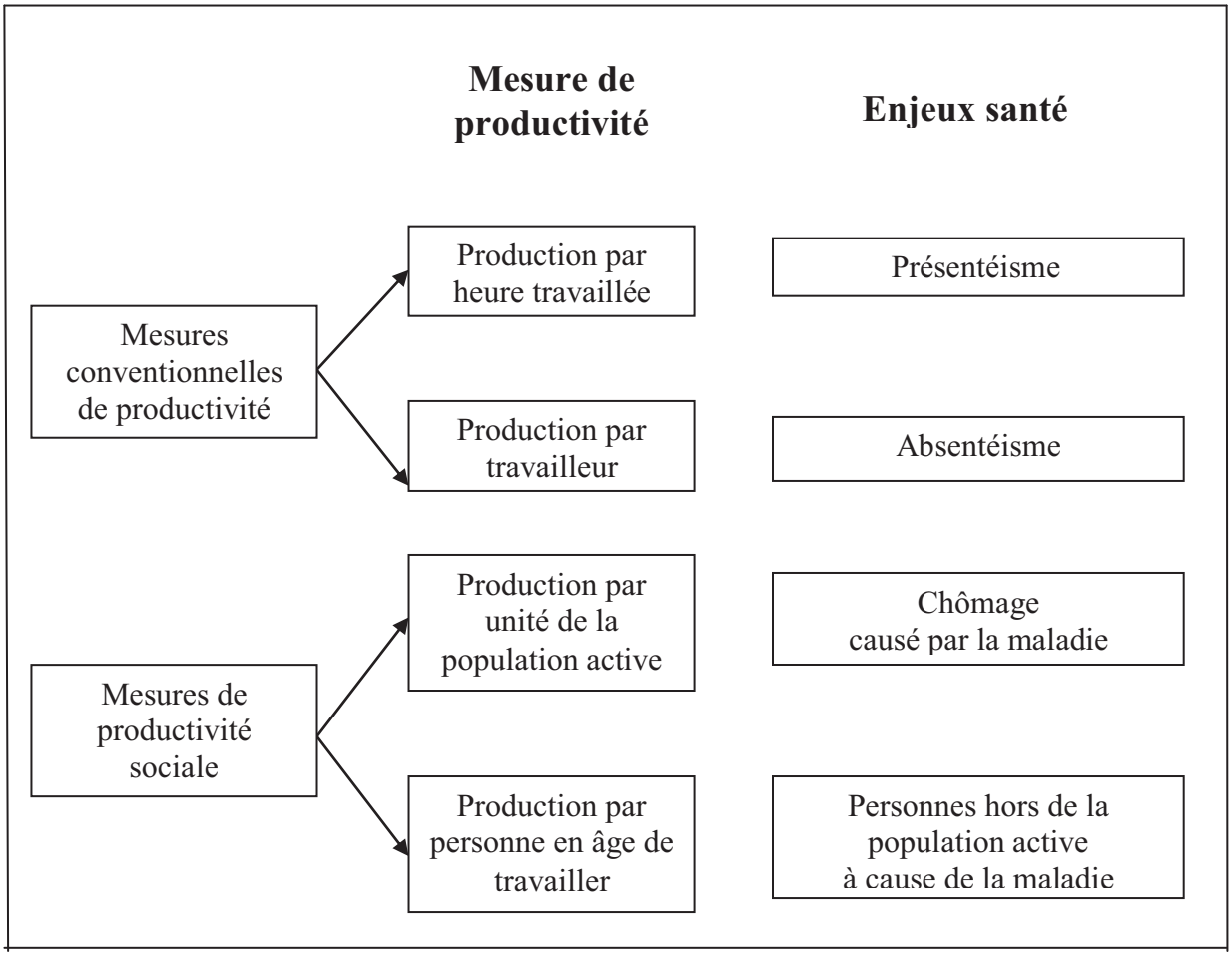
Etablir la relation entre la santé, le développement humain et la croissance économique nécessite un examen sur la santé sur la productivité de la main-d'œuvre. Nous allons mettre en exergue l'influence de la bonne santé d'abord sur le plan microéconomique avant d'insister sur son effet positif au niveau global.

IV.1. L'impact de la bonne santé au niveau microéconomique

L'amélioration de la santé représente un intérêt à la fois pour le travailleur et l'entreprise. La santé et la productivité sont, en effet, les déterminants essentiels de sa qualité de vie. Une bonne santé permet de vivre plus longtemps et grâce à l'accroissement de sa productivité, l'individu dispose des biens et services matériels à long terme. En ce qui concerne l'entreprise, la santé, en tant que déterminant de la productivité, peut accroître la performance et profiter à toutes les composantes de l'entité économique. Les relations qu'entretiennent santé et productivité sont néanmoins très complexes (SHARPE et MURRAY, 2011). Il existe, en effet, une interdépendance entre l'état de santé et les résultats économiques en général, même si l'évaluation de la causalité est délicate (BLOOM et al, 2004).

SHARPE et MURRAY (2011) ont mis en évidence les rapports existants entre la santé et la productivité, montrant au passage le rôle prépondérant de la santé sur l'activité économique.

***Graphique 5* : Définitions de la productivité à la lumière des effets de la santé**



Source : SHARPE et MURRAY (2011), Rapport de recherche du CENV 2011-04F

Améliorer la santé sur le lieu de travail permet non seulement de réduire l'absentéisme mais aussi de renforcer la motivation des travailleurs et d'améliorer la productivité. De plus, les ressources consacrées aux dépenses pour l'amélioration de la santé génèrent un retour sur investissement très important. Chaque euro dépensé dans le cadre de la promotion de la santé sur le lieu de travail (PST[36]) rapporte de 2.5 à 4.8 euros grâce aux économies sur les coûts liés à l'absentéisme (Agence pour la sécurité et la santé au travail, 2010).

La santé et la productivité sont indissociables dans l'entreprise. Leur interdépendance oblige l'entreprise en quête d'efficacité à les maximiser simultanément. Towers Watson

[36] « *La promotion de la santé sur le lieu de travail résulte des efforts combinés des employeurs, des salariés et de la société en vue d'améliorer la santé et le bien-être des personnes au travail. Cet objectif est atteint en associant les actions suivantes : favoriser la participation des travailleurs à l'ensemble du processus de promotion de la santé sur le lieu de travail ; permettre de faire des choix sains et encourager le développement personnel.* » (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, http://osha.europa.eu/fr/topics/whp/index_html)

(2010), un cabinet de conseil mondial spécialisé dans les ressources humaines et la gestion des risques, a mis en lumière l'importance de l'amélioration de la santé et de la productivité au niveau microéconomique grâce à un sondage portant sur les entreprises nord-américaines. L'enquête était réalisée auprès de 352 gestionnaires de ressources humaines ou d'avantages sociaux dont les entreprises comptent au moins 1000 employés. Les organisations participantes regroupaient 11 millions de travailleurs et répartis dans tous les secteurs d'activité. Les enquêtes concernaient 60 % de sociétés ouvertes, 23 % de sociétés fermées et 17 % d'organisations gouvernementales ou sans but lucratif.

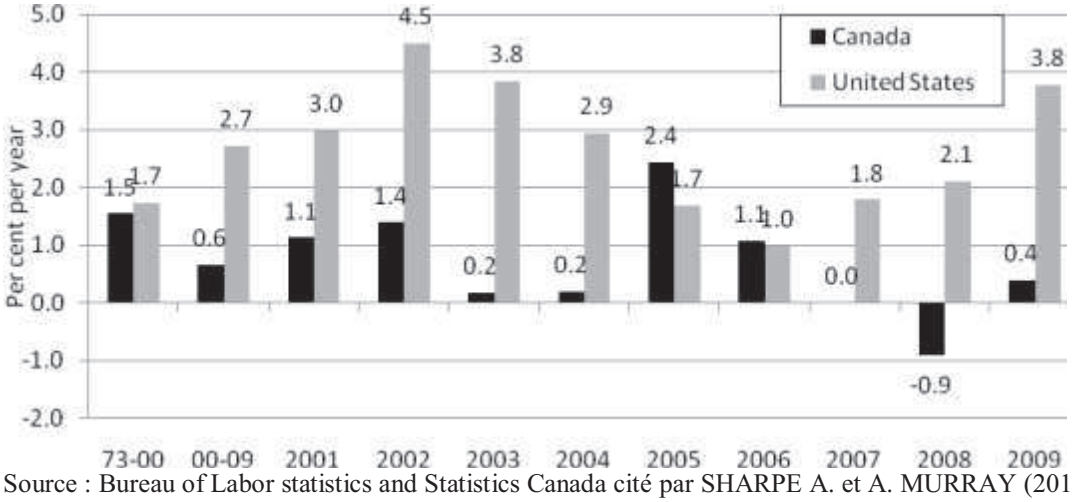
L'enquête a d'abord montré l'intérêt que portent les entreprises nord-américaines à la santé et la productivité des travailleurs, plus de 2/3 des entreprises ayant mis en place de nouveaux programmes ou amélioré les programmes existants. Elle a surtout permis de mettre en évidence l'impact de l'ensemble des stratégies, tactiques et programmes visant à améliorer la santé des employés et de leur famille et l'efficacité de la main-d'œuvre de l'entreprise.

Les résultats témoignent de l'importance de la santé et de la productivité des travailleurs dans la quête de performances économiques profitant à toutes les composantes de l'entreprise. Le sondage du cabinet montre, en effet, que les entreprises les plus efficaces en santé et en productivité sont les plus aptes à réussir dans la rétribution, le leadership et les communications efficaces. Elles affichent aussi les coûts de soins de santé inférieurs, le plus d'assiduité et un turnover moins important que leurs concurrents. Sur tous les facteurs de performances, les entreprises les mieux loties en termes de santé et de productivité obtiennent les meilleurs résultats. Celles qui sont efficaces dans ces domaines obtiennent des résultats financiers et de capital humain meilleurs : revenus par employé supérieurs de 11 %, une tendance relative aux coûts des soins médicaux inférieure de 1.2 point de pourcentage, un taux d'absentéisme inférieur de 1.8 jour de moins par employé, une valeur supérieure pour les actionnaires dans la proportion de 28 %. Les entreprises très efficaces affichent un rendement supérieur à 55 % à celui de leurs concurrents, un taux de roulement de 14,9 % contre 21 % pour les entreprises peu efficaces. Ces dernières ont un taux de roulement plus élevé de 40 % et ne disposent que d'un rendement de 21.1 % supérieur à leurs concurrents. Elles sont, en outre, celles qui réduisent le plus les dépenses de santé et de productivité en cas de crise. Avec le ralentissement économique, elles sont 2.5 fois plus susceptibles d'indiquer une diminution importante de leur budget santé et productivité.

Cette importance accordée à la santé dans l'entreprise contribue fortement à la performance de ces pays en termes de productivité. Selon SHARPE et MURRAY, (2011), les Etats-Unis ont enregistré une croissance de la productivité du travail de 2.7 % par an entre

2000 et 2009. Pour la même période, la croissance de la productivité du travail, représentant la différence entre la croissance de la production réelle et la croissance de l'entrée de travail, a augmenté de 1.4 % au Canada et de 1.7 % au Etats-Unis.

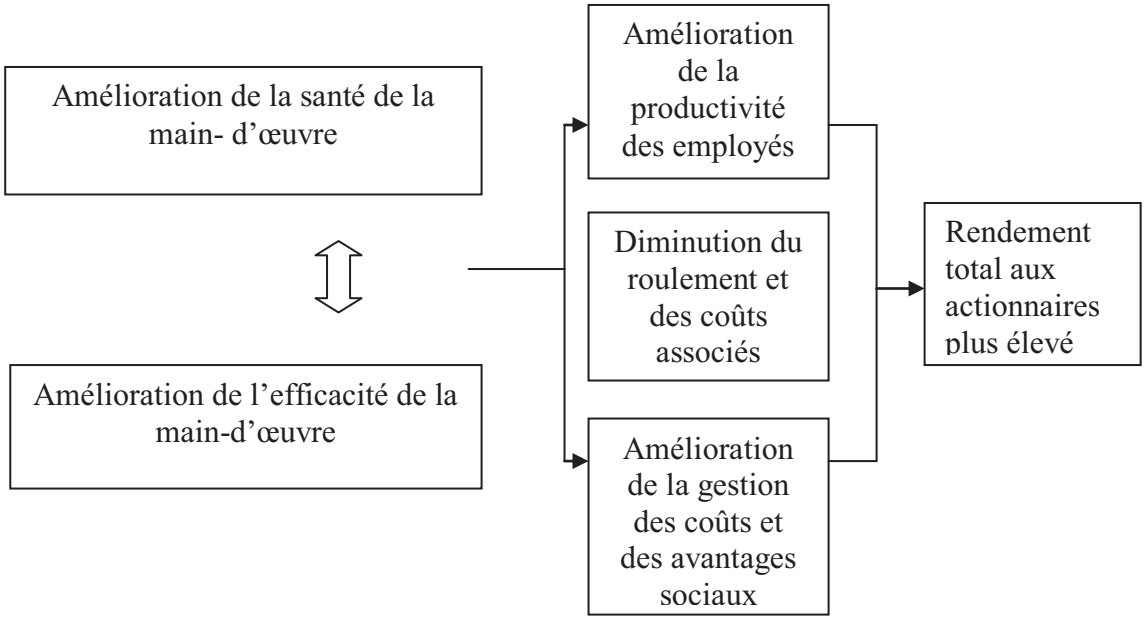
<u>Graphique 6</u> : Croissance de la production réelle par heure, secteur des entreprises, Canada et Etats-Unis, taux annuels moyens de changement en pourcentage, de 1973 à 2009



Source : Bureau of Labor statistics and Statistics Canada cité par SHARPE A. et A. MURRAY (2011)

Pour Towers (2010), l'intérêt de l'entreprise et des actionnaires est de favoriser la santé et la productivité des travailleurs, garant des profits plus importants et des dividendes plus significatives.

***Graphique 7* : Parcours vers une main-d'œuvre productive et en santé**



Source : Towers Watson (2010), L'avantage santé et productivité

Pour VAN GINNEKEN (2002), l'investissement en termes de santé est un outil efficace pouvant accroître le revenu des ménages surtout en zones rurales. Il s'appuie sur le cas de Pérou où à l'issue de l'enquête effectuée en 1995 réunissant 20 000 ménages et 99 000 personnes. Selon l'auteur, le modèle économétrique utilisé révélait que chaque diminution d'une unité par mois du nombre de jours de maladies signalés entraînait une augmentation du niveau du salaire des femmes en zone urbaine et rurale de 3,4 et 6,2 % respectivement. En ce qui concerne les hommes, cette augmentation serait plus remarquable : 4,7 % en zone urbaine et 14,2 % en zone rurale.

I.V.2. L'impact de la bonne santé au niveau macroéconomique

GALENSON et PYATT (1964) furent parmi les premiers à mettre en évidence l'apport de la santé et d'autres facteurs qualitatifs sur la productivité. A l'époque presque toutes les études mettaient l'accent sur le rôle des investissements de capitaux dans la quête de développement économique mais négligeaient l'aspect qualitatif de la main d'œuvre. Leur étude novatrice recherchait dans quelle mesure ces particularités qualitatives agissent sur le taux de croissance. L'étude portait sur 52 pays (cf. annexe 6) répartis en six groupes

selon le revenu national par habitant, exprimé dans une unité monétaire commune, le dollar des Etats-Unis, en 1956-1958. Le groupe 1, composé de 6 pays, disposait des revenus les plus élevés (1000 dollars et au dessous de revenu par habitant). Les habitants du groupe 2 (12 pays), 3 (8 pays) et 4 (10 pays) avaient en moyenne respectivement un revenu compris entre 575 et 1000 dollars, 350 et 575 dollars et 200 et 350 dollars. Enfin les deux derniers (11 pays du groupe 5 (11 pays) et 6 (5 pays) disposaient des plus faibles (100 à 200 dollars pour le groupe 5 et moins de 100 dollars pour le groupe 6).

Pour l'ensemble des 52 pays, la corrélation était assez faible (0,20) entre le taux de croissance du produit et le coefficient d'investissement. Par groupes, le maximum (0,70) se situait dans le groupe 4 (revenu par tête entre 200 et 350 dollars), un coefficient faible pour les pays les plus avancés (0,36 ; groupe 1), un peu plus élevé (0,42) pour les pays les moins avancés (groupe 6).

Cette faible corrélation générale infirmait l'idée selon laquelle un taux d'investissement déterminé entraînerait partout le même taux de croissance. Pour comprendre et expliquer les variables qualitatives pouvant accroître la production, ces auteurs retiennent douze indicateurs représentant 4 secteurs : l'enseignement supérieur, la santé, la sécurité sociale et le logement. Pour l'enseignement, 4 indicateurs ont été retenus : le taux de scolarisation primaire de cinq à quatorze ans, le taux de scolarisation secondaire de la population de quinze à dix-neuf ans, le taux de scolarisation professionnelle de la population de quinze à dix-neuf ans et le taux de scolarisation supérieure de la population de vingt à vingt-quatre ans. La mortalité infantile, le nombre d'habitants par médecin, le nombre de lits d'hôpital pour mille habitants et les calories disponibles par habitant constituaient les indicateurs de santé. Le logement fut représenté par les unités d'habitation achevées, par habitant et le rapport de la formation du capital fixe en logements du produit national brut tandis que les prestations sociales payées, en pourcentage du revenu national et la moyenne annuelle des dépenses de sécurité sociale, par habitant entre quinze et soixante-quatre ans, à prix constants constituaient les indicateurs de la sécurité sociale.

Les résultats obtenus ne pouvaient être présentés comme « une vérité scientifique » car l'étude ne constituait qu'un essai d'interprétation économique et statistique. Néanmoins, ils donnaient déjà une indication sur le degré d'importance de certaines variables qualitatives, la santé notamment, dans l'accroissement de la productivité. Pour l'ensemble des pays, l'étude montrait la prédominance de la santé sur les autres facteurs qualitatifs. En effet, la consommation des calories par tête améliorait l'explication de la productivité davantage que

les prestations de sécurité sociale par habitant, l'enseignement supérieur et l'investissement en logement.

Aujourd'hui, le rôle de la santé sur la productivité et sur la croissance est communément admis. La bonne santé entretient d'abord une relation d'interdépendance avec la croissance économique et influe directement sur la productivité. Elle améliore l'espérance de vie et représente un véritable facteur économique.

- *L'interdépendance de l'espérance de vie et de la croissance*

L'espérance de vie entretient avec la croissance économique durable une relation d'interdépendance.

- *La croissance économique est utile à l'amélioration de la santé*

Pour MAJNONI d'INTIGNANO (2001), l'amélioration du niveau de vie, du développement économique et de la croissance a un effet décisif sur l'espérance de vie et le niveau de la santé par le biais des six mécanismes suivants :

- de bonnes conditions de vie limitent la propagation des maladies contagieuses traditionnelles et renforcent les défenses naturelles contre la maladie ;
- la croissance dégage des moyens financiers pour promouvoir l'éducation, les programmes de prévention, organiser des assurances maladie et payer des soins ;
- le développement fait naître une classe moyenne et réduit les inégalités sociales ou de niveau à long terme ;
- le développement s'accompagne d'une forte urbanisation favorable à la santé, au moins jusqu'à certaines limites.

La croissance influence aussi positivement la santé d'une population grâce à la répartition équitable de ses « fruits ». Le progrès technique et l'innovation qu'elle engendre contribue fortement à la découverte de soins plus efficaces et plus accessibles (BRAS et al. 2009). Cependant, la croissance n'a pas que des effets positifs sur la santé. ULMANN (2003) pense qu'elle peut aussi générer des effets indirects négatifs sur la santé dus à :

- l'industrialisation qui peut être source d'épidémies industrielles,
- au capitalisme qui génère de fortes inégalités et plus d'exclusion,

- enfin, avec les nouvelles sociétés, apparaissent de nouvelles pathologies psychologiques.

- *Une bonne santé est indispensable à une croissance durable*

Constatant que les macro-économistes se focalisent sur l'influence de l'éducation sur le capital humain et sur la croissance économique, BLOOM, CANNING et SEVILLA (2001) ont intégré dans la fonction de production deux variables : l'expérience de travail et la santé dans une étude portant sur un panel de 104 pays entre 1960 et 1990. Leur principal résultat est que la santé a un effet positif, non négligeable et statistiquement significatif sur la croissance globale. Elle créerait des externalités discernables. Ils estiment qu'une année d'espérance de vie supplémentaire augmente la production de 4 %. La Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS aboutie également à des statistiques similaires concernant l'influence de la santé sur la croissance et estime qu'une hausse de 10 % de l'espérance de vie correspond à une augmentation de la croissance économique d'environ 0.3 à 0.4 % par an, tous les facteurs de croissance restant identiques (OMS, 2002). Aux Etats Unis, l'élévation de l'espérance de vie entre 1970 et 2000 a généré chaque année 3.2 milliards $US (en tenant compte de l'accroissement des coûts de santé au cours de cette période) (MARTIN et al, 2012). Une augmentation de l'espérance de vie peut inciter davantage à investir à long terme et/ou accroître la productivité (Nations Unies, 2007).

La santé influe, selon ULMANN (2003), positivement sur la croissance parce qu'en s'améliorant, elle entraîne :

- un gain de productivité grâce à l'investissement dans l'éducation et le capital humain,
- une baisse de la fertilité et de la natalité, ce qui peut constituer dans les pays en développement une source de croissance, contrairement dans l'OCDE,
- une baisse des coûts de santé et donc une hausse des investissements productifs et une croissance (surtout dans les pays en développement),
- une hausse de la demande santé favorise l'augmentation du marché de la santé et de l'emploi.

ULMANN (2003) souligne, cependant, quelques effets indirects relatifs à l'amélioration de la santé pouvant négativement affecter la croissance dans la mesure où elle entraîne une nécessaire augmentation du financement public des soins et donc une

hausse des impôts. Aussi, l'allongement de la vie pourrait entraîner un déséquilibre actifs/inactifs. Néanmoins, l'auteur considère, malgré ces quelques effets négatifs, la santé comme un facteur redoutable de croissance et résume, dans le tableau 20 de nombreuses études ayant confirmé son impact dans beaucoup de pays à différentes époques. Il a aussi, s'appuyant sur une riche bibliographie, résumé dans un tableau récapitulatif cette interdépendance de la santé, de la croissance et des inégalités (cf. annexe 8).

<u>Tableau 20</u> : Les modèles de mesure des sources de la croissance

Auteurs	Echantillon	Résultats
BARRO (2001)	84 pays 1965-1995	↑ Espérance de vie (EV) de 10 % => ↑ 0,56 à 0,62 point de PIB par an selon la spécification du modèle. Variable la plus significative avec les termes de l'échange, l'investissement et les dépenses de l'Etat.
BARRO & SALA-I-MARTIN (1996)	87 pays 1965-1985	↑ EV de 10 % => ↑ 0,35 point de % de PIB par an. Effet de seuil : Tau marg. ↓ g pour OCDE où gains EV surtout après la retraite.
BLOOM, CANNING & SEVILLA (2001)	104 pays 1960-1990	↑ EV de 1 an => ↑ 2,6 à 4 % du PIB avec l'approche par club de convergence
OMS – Rapport SACHS (2001)	Synthèse travaux (+ 100 pays 1965-1990)	↑ EV de 10 % => ↑ 0,3 à 0,4 point de % de PIB par an => compte tenu écart EV (28 ans) entre pays OCDE et PED => écart entre zones de 1,6 point de % de PIB par an ! (effet considérable sur plusieurs années).
SACHS & WARNER (1997)	83 pays 1965-1990	↑ EV de 1 an => ↑ 3,4 % du PIB. Effet de seuil : maximum à EV= 65 ans, au-delà => Taux marg. ↓ g
WEIL (2001)	1 pays sur 200 ans 124 pays 1960-1998	L'amélioration de la santé (poids/taille-calories) explique 23 % du taux de croissance pour le R-U sur 200 ans. L'amélioration de la santé de 30 % (taux de mortalité 15-60 ans) explique 17 % du taux de croissance pour le panel de pays sur 38 ans

P. ULMANN (2003) – XXVIème Journées des Economistes Français de la Santé – Clermont-Ferrand, 9-10 janvier

- *Forte corrélation entre l'espérance de vie et le revenu par habitant*

Il existe, en effet, une relation entre l'espérance de vie et l'état de santé moyen avec le revenu par tête. Cependant, cette relation s'affaiblit et devient incertaine à partir d'un certain niveau (EUZEBY et FARGEON in BATIFOULIER et al, 2011). Les personnes en bonne santé sont généralement plus éduquées. Elles vivent plus longtemps et disposent des revenus élevés. Une forte différence de l'espérance de vie traduit fortement une différence de revenus pour deux individus ayant les mêmes qualifications.

Le tableau de SACHS suivant illustre très bien la forte corrélation entre les revenus et l'espérance de vie mais montre aussi qu'atteint un certain niveau, cette relation s'affaiblit. Les pays à revenu élevé disposaient, entre 1995 et 2000, de revenus plus de cinq fois supérieurs à ceux des pays à revenu intermédiaire supérieur. L'écart en termes d'espérance de vie (7 ans) est pourtant beaucoup plus faible comparé à celui séparant les derniers aux pays à revenus intermédiaires inférieur (11 ans) avec un écart de revenus pourtant plus faible (4 fois supérieur). Pour MAJNONI D'INTIGNANO (2001), ce phénomène s'explique par le fait que moins un pays est développé, plus son enrichissement n'aura d'effet sur la santé de sa population. S'appuyant sur le rapport du PNUD sur le développement humain de 1996, elle estime qu'une augmentation de +1 % du PIB par habitant provoque en moyenne une augmentation de 0,13 % de l'espérance de vie et de –1 % du taux de mortalité infantile dans les pays en développement, cependant que la croissance n'augmente guère la durée de vie dans les pays riches.

***Tableau 21** : Espérance de vie et taux de mortalité, selon la catégorie de développement des pays (1995 - 2000)*

Catégorie de développement	Population (1999, en millions)	Revenu annuel moyen (en US dollars)	Espérance de vie à la naissance (en années)	Taux de mortalité infantile (décès avant l'age d'1 an pour 1000 naissances vivantes)	Mortalité parmi les moins de 5 ans (décès avant l'âge de 5 ans pour 1000 naissances vivantes)
Pays les moins avancés	643	296	51	100	159
Autres pays à faible revenu	1777	538	59	80	120
Pays à revenu intermédiaire inférieur	2094	1200	70	35	39
Pays à revenu intermédiaire supérieur	573	4900	71	26	35
Pays à revenu élevé	891	25730	78	6	6

Source : J. SACHS (2001) à partir du rapport sur le développement humain 2001, Tableau 8, et calculs à partir des indications du développement dans le monde de la Banque mondiale 2001

- *Les externalités positives de la santé*

Le secteur de la santé participe au développement économique par le développement du secteur industriel important du médicament et des équipements médicaux mais aussi grâce aux nombreux emplois directement ou indirectement liés au secteur (BERESNIAK et DURU, 2001). En 1982, la santé occupait en France 1 211 000 personnes soit 7 % de la population active, chiffre auquel il convenait d'ajouter 175 000 travailleurs évoluant dans la branche pharmacie-parachimie et environ 200 000 employés des compagnies d'assurance maladie et des mutuelles. En outre, la santé exerce, grâce à sa composante hospitalière, un impact sur l'industrie du médicament et sur le matériel médical et médico-chirurgical (LABOURDETTE, 1988).

Pour CAIRE (2002), en plus d'être un facteur de croissance endogène, l'amélioration de la santé, favorisée par les réductions des inégalités de santé et de revenu, profite à tous par le biais de deux canaux :

- l'accroissement de la taille du marché des soins permettant de rentabiliser la formation des professionnels de santé nationaux et d'éviter leur fuite vers les pays riches et d'inciter à la recherche médicale ;
- les effets de diffusion intergénérationnelle. En effet, pour l'auteur, il existe un lien étroit entre les revenus, les conditions de vie, le travail des parents, leur éventuelle disparition avec la capacité de développement physique, intellectuel de l'enfant et de ses capacités de travail futures. En outre, la diminution de la mortalité permet de limiter les naissances et d'investir davantage sur l'éducation et la santé de chaque enfant.

L'apport de la santé sur la croissance semble donc incontestable et différent selon le niveau de développement du pays. Il est, néanmoins, dépendant de l'apport des autres facteurs d'amélioration de la main-d'œuvre. L'implication simultanée de certaines variables qualitatives est un impératif pour le développement social complémentaire au développement économique. Pour RODRIGUE (1986), il est inopportun de dissocier les questions de croissance économique et de développement social dans les pays en développement, ces deux sujets étant intimement liés et devant être traités simultanément. La capacité de production de travail d'un individu dépendrait de ses aptitudes initiales, son état de santé et son niveau de formation, constituant son capital humain. C'est pourquoi, pour RODRIGUE (1986), ces éléments qualitatifs doivent être considérés comme des sources de croissance alors que les modèles traditionnels ne reconnaissent que :

- le progrès technique (A)
- l'investissement permettant d'accroître le stock de capital (K)
- la croissance de la main-d'œuvre (L) généralement associée à celle de la population

Pour RODRIGUE (1986), la santé, l'éducation et la nutrition contribuent fortement au développement du capital humain impactant directement sur le facteur travail. Les pays dépourvus de « stock » de capital humain suffisant ne pourraient pas uniquement compter sur l'augmentation du capital physique pour accroître leur production. Malgré le surplus de main-d'œuvre, il existerait dans les pays en développement une pénurie de travail, ce que les modèles traditionnels négligeraient en confondant travail et main-d'œuvre, jugés interchangeables. Selon l'auteur, cette confusion les conduirait à supposer l'existence d'un « stock » important de capital humain dans les pays en développement et de penser que l'investissement en capital physique est la clé pour développer économiquement ces pays, ce

qui semble trop réducteur. RODRIGUEE (1986) introduit ainsi deux concepts : le temps de travail efficient et le temps de travail chronométré. Le premier est le temps nécessaire pour produire efficacement un bien et/ou un service tandis que le second est le temps effectivement consacré à la production des biens et/ou services.

Déplorant aussi que la majorité des modèles économiques utilisés soient calqués sur les modèles élaborés pour les pays développés, RODRIGUE (1986) a élaboré un modèle économique à l'aide des données[37] observées dans les pays à revenus faibles pour mesurer la contribution directe de certaines variables de bien-être (santé, éducation, nutrition) à la croissance de la production, ces variables étant interreliées.

S'inspirant de WHELLER, RODRIGUE (1986) a voulu tenir compte de la spécificité des pays pauvres. Il propose un modèle qu'il estime capable de tenir compte des interrelations sous-jacentes de la production, de l'éducation, de la santé et de la nutrition. Son modèle à équations simultanées se présente de la manière suivante :

$$Q_t = A_t * K_t^b * T_t^a \quad \textbf{(1)}$$

$$A_t = e^{r*t} \quad \textbf{(2)}$$

$$T_t = L_t * Ed_t^{c_1} * N_t^{c_2} * H_t^{c_3} \quad \textbf{(3)}$$

$$Ed = Y_t^{e_1} * Sed_t^{e_2} \quad \textbf{(4)}$$

$$N_t = Y_t^{n_1} * QA_t^{n_2} * Aid_t^{n_3} \quad \textbf{(5)}$$

$$H_t = Y_t^{h_1} * Sh_t^{h_2} * Hab_t^{h_3} * Hy_t^{h_4} * Ed_t^{h_5} * N_t^{h_6} \quad \textbf{(6)}$$

Où

Q : volume de la production

A : coefficient du progrès technique,

r : taux de croissance du progrès technique

[37] Les données portent sur les périodes 60-70 et 70-80 pour les pays en développement (cf. annexe 9). Elles résultent d'une compilation de l'auteur à partir des recueils statistiques des grandes organisations internationales telles que la Banque Mondiale (BIRD), l'Association internationale pour le développement (IDA), l'Organisation mondiale pour la santé (OMS), l'Organisation internationale du travail (OIT), l'Organisation des Nations-Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation des Nations-Unies pour l'éducation, la science et la culture (Unesco).

K : volume de stock de capital,

T : temps de travail efficient,

L : temps de travail chronométré,

Ed : degré de formation des travailleurs,

N : niveau d'alimentation des travailleurs,

H : état de santé de la main d'œuvre,

Y : revenu par habitant, soit Q/Pop,

Sed : volume des services de l'éducation,

QA : volume de la production agricole,

Aid : volume d'aide alimentaire internationale,

Sh : quantité de services de santé,

Hab : indice de qualité du logement,

Hy : indice d'hygiène domestique (approvisionnement et traitement des eaux domestiques),

r : indice du moment considéré,

a, b, c_1 à c_3, e_1 et e_2, n_1 à n_3 et h_1 à h_6 sont considérés comme l'auteur comme étant positifs.

La dissociation du travail et de la main-d'œuvre nous paraît particulièrement intéressant parce qu'elle met en exergue l'apport du capital humain et pointe les carences des pays en développement de même que la prise en compte d'éléments souvent négligés comme l'aide alimentaire.

Malgré l'intérêt que nous accordons à ce modèle de RODRIGUE (1986), nous pensons qu'il faut aller plus loin dans la prise en compte des spécificités des pays en développement. Très souvent producteurs de produits agricoles destinés aux entreprises occidentales, une importante partie de ces pays importe des produits alimentaires. L'introduction de l'importation des produits alimentaires dans l'équation (5) aurait pu été plus conforme à la réalité de nombreux pays tel que le Sénégal. L'absence des variables environnementales nous semble aussi déplorable si l'on sait à quel point elles impactent sur la santé des populations et la production agricole.

Le modèle de RODRIGUE (1986) n'est pas le plus connu et peut être pas le plus apte à valoriser l'apport des variables du bien-être telle que la santé dans la productivité. Cependant, il a le mérite de soulever des questions que nous jugeons très pertinentes concernant les pays en développement. RODRIGUE (1986) propose un modèle économique spécifique aux pays à revenus faibles, ce qui semble indispensable. En termes de notoriété, on pouvait opter pour le modèle de MANKIW, ROMER et WEIL (1992) ayant enrichi le modèle de SOLOW en introduisant entre autres la composante « capital humain » dans la fonction de production. Leur modèle reste une référence mais ne tient pas compte des particularités des pays pauvres. Il est important qu'un modèle économique sache tenir compte du contexte et des spécificités d'un pays ou d'une population étudiée.

§2. La nécessaire mise en place d'une assurance maladie équitable et efficace

Améliorer l'état de santé du niveau moyen d'une population passe par la lutte contre l'inégale distribution des risques entre les différentes sous-populations et donc par la réduction du niveau d'exposition des plus démunis (RAYNAUT et al, 2002).

I. La santé représente un coût très élevé d'où la nécessité d'une intervention publique pour élargir la protection sanitaire

Les soins (l'ensemble des moyens physiques, financiers, mobilisés) visent à rétablir totalement ou en partie un état de santé antérieur (ESCUDIER, 2006). Ils représentent un coût qui augmentent de plus en plus quelque soit le niveau de développement économique. La demande de santé est, en effet, forte aussi bien dans les pays riches que pauvres. Selon BERESNIAK et DURU (2001), cette demande est proportionnelle à l'intensité de l'exposition aux maladies. Très forte dans les pays en développement à cause des maladies sur le mode endémo-épidémique, elle augmente excessivement vite dans les pays industrialisés à cause de l'accroissement des connaissances médicales ayant entraîné l'augmentation de l'espérance de vie et la réduction des séquelles des maladies. Pour KEELEY (2007), à cause du vieillissement de la population et du prix croissant des technologies médicales, les dépenses consacrées à la santé représentent déjà 7 % du PIB dans les pays membres de l'OCDE et devraient atteindre 13 % dans cinquante ans.

Selon MAJNONI d'INTIGNANO (1997), 4 facteurs augmentent le coût des soins :

- l'âge et la démographie : le besoin de soins élevé pour les bébés, diminue jusqu'à 45 ans puis augmente inexorablement. En revanche, le vieillissement de la population est lent et n'explique que 10 % de la croissance des dépenses ;
- l'effet génération : chaque génération demande plus de soins que la précédente, selon les habitudes prises pendant l'âge adulte ;
- l'offre de soins pousse à la consommation : 47 % des différences de dépenses de médecine de ville d'un département français à l'autre sont expliquées par la densité des médecins ;
- chaque groupe social se soigne différemment : les plus favorisés, surtout les mieux éduqués, recourent davantage aux spécialistes et aux dentistes, mais se font moins

hospitaliser que la moyenne. En bas de l'échelle sociale, on consulte au contraire les généralistes et on va à l'hôpital.

Les coûts sont de plus en plus élevés alors qu'à peine 25 % de la population mondiale dispose d'une couverture médicale à peu près adéquate. La quête de compétitivité compromet l'élargissement de cette couverture dans les pays du Sud et la sauvegarde du niveau de qualité dans les pays du Nord (EUZEBY et FARGEON in BATIFOULIER et al, 2011).

Pour faire face à la montée simultanée des inégalités de santé et des coûts de soins, la mise en place d'un système de santé équitable et accessible apparait comme une solution en termes d'efficacité et de justice sociale. En s'appuyant sur des analyses empiriques, nous allons montrer en quoi l'équité peut améliorer les résultats sanitaires et économiques par ricochet.

II. Nécessité d'un système politique équitable et accessible

Une politique de santé est conçue en fonction des facteurs de risques, de l'état de santé lui-même et des conséquences de la détérioration de l'état de santé. Elle se décompose en une politique de prévention portant sur le risque et le dépistage de manière à empêcher le déclenchement de la maladie ou de l'accident, une politique de soins, lorsque l'état de santé est détérioré et d'une politique de réparation des conséquences. Elle ne consiste pas seulement à lutter contre la mort, mais également à faire en sorte que chaque individu puisse disposer d'un état complet de bien-être physique et moral (RAY et al, 1988).

La corrélation positive entre les dépenses et la durée de vie n'est pas si évidente. L'espérance de vie augmente seulement avec le revenu si elle est accompagnée d'une politique de santé efficace (PEAUCELLE, 2003). De nombreuses études ont montré qu'une plus grande équité dans la répartition des revenus et une plus grande homogénéité sociale améliorent le niveau général de la santé et réduisent la mortalité infantile. Les exemples du Japon et du Royaume-Uni l'illustrent parfaitement. En effet, le Japon et le Royaume-Uni avaient un niveau de développement comparable ainsi que des espérances de vie similaires dans les années 1970. L'espérance de vie du Japon, où la répartition des revenus reste très égalitaire, a progressé le plus rapidement, alors que celle du Royaume-Uni où les disparités sociales et de revenus s'accentuent ou stagnent (MAJNONI d'INTIGNANO, 2001).

Une comparaison entre Etats-Unis et Canada illustre bien l'impact des changements de politiques structurelles sur la santé. ROEMER, cité par RAY et al. (1988), a comparé le Canada et les Etats-Unis entre 1967 et 1977. Le taux de mortalité des américains était plus

élevé que celui des canadiens aussi bien chez les hommes que chez les femmes. En 1966-1967, l'écart entre ces deux pays était de 5 chez les hommes (69,2 pour mille chez les américains contre 64,2 pour les canadiens) et 2,5 chez les femmes (45,8 aux Etats-Unis contre 43,3 au Canada). En 1976-1977, l'écart du taux de mortalité entre ces deux pays s'est considérablement réduit chez les hommes et est devenu presque nul (0,1). Mieux, le taux de mortalité chez les américaines est devenu légèrement plus faible que celui des canadiennes (36,6 contre 37,5 pour mille pour les canadiennes). ROEMER explique ce « rattrapage » des Etats-Unis par les répercussions positives de Medicare[38] aux Etats-Unis sur le système de soins et la santé d'une partie de la population. Ce rattrapage des Etats-Unis sur le voisin canadien sera cependant de courte durée car à partir des années 1980, le Canada change de politique de santé.

De KERVASDOUE (1999) le confirme grâce à une étude comparative entre ces deux pays. Il commence par rappeler que jusqu'en 1980, les Etats-Unis et le Canada avaient des systèmes comparables : système d'assurance obligatoire financé par l'Etat pour les plus démunis, une assurance obligatoire, mais laissée à la libre concurrence, pour la majorité des citoyens et une partie significative de la population sans couverture maladie. La situation a changé depuis car, selon l'auteur, le Canada a pris une autre option. Il a mis en place un système d'assurance unique couvrant toute la population, ce qui lui a permis d'obtenir de bons résultats. Dix huit ans plus tard, en effet, les indicateurs de santé ont placé le Canada dans les trois premiers au monde. Le pays consacre moins de 10 % de son PIB au financement des soins et l'inflation médicale est maîtrisée. Certes tout n'est pas parfait, précise De KERVASDOUE (1999), car dans ce système on note de nombreuses critiques concernant les

[38] Créé en 1965, Medicare est le programme national d'assurance-maladie destiné aux personnes âgées de 65 ans. Certaines personnes de moins de 65 ans remplissant certaines conditions peuvent bénéficier de Medicare telles que les personnes présentant une invalidité ou souffrant d'une insuffisance rénale. Ce programme prend partiellement en charge les coûts des soins de santé, mais ne couvre pas l'ensemble des frais médicaux, ni le coût de la majorité des soins de longue. Il est financé en partie par les prélèvements salariaux acquittés par les salariés et par leurs employeurs. Il est aussi partiellement financé par les primes mensuelles déduites des chèques de Sécurité sociale (Social Security, 2008). Le Medicare comprend une partie A couvrant, de manière limitée, les frais d'hospitalisation, le séjour en maisons de convalescence après certaines opérations. La partie B est optionnelle moyennant le paiement par les retraités d'une prime mensuelle qui était de 45,50 dollars en 2000. Elle fournit le remboursement des consultations et de certains autres frais (THEVENARD, 2002).

listes d'attentes ou le plafonnement des honoraires médicaux. Malgré ces problèmes, la situation du Canada serait devenue nettement meilleure que celle des Etats-Unis. Ces derniers consacreraient pourtant 14 % de leur PIB dans le secteur de la santé mais restent mal classés au niveau mondial (19e rang) avec 15 % de la population sans couverture maladie. A cela s'ajoute une population non assurée qui continue de croître même s'il y a lieu de souligner la gestion remarquable des hôpitaux, la recherche ou l'industrie biomédicale, admet l'auteur.

De KERVASDOUE (1999) explique ces résultats spectaculaires du Canada par l'étatisation du financement qui est préférable à la concurrence américaine et le démontre à partir de ces deux arguments :

- D'abord, le coût de gestion d'un système unique est moins onéreux : 2 % au Canada, de 13 à 27 % aux Etats-Unis. Dans le premier cas, il n'y a aucun de frais marketing et pas de profit. Donc, pour qu'un système concurrentiel fasse mieux qu'un système unique, il faut qu'en productivité il gagne au moins 10 %.
- La seconde raison est que, même aux Etats-Unis, le système n'est pas totalement privé, les personnes âgées et celles se trouvant en dessous du seuil de pauvreté sont couvertes par les assurances publiques. Les assurances privées n'assurent dont que les familles des personnes travaillant âgées de moins de 65 ans, solvables et présentant le moins de risques. Les assureurs ne calculant pas le risque sur l'ensemble de la vie mais sur une tranche d'âge moins onéreuse, leur offrent une meilleure prestation relative et les rémunèrent mieux. Cela entraîne automatiquement des conséquences sur les assurances publiques car il n'est pas possible, dans un même marché, de durablement rémunérer différemment ceux qui prennent en charge les moins favorisés et les autres habitants du pays. Cette séparation par catégorie nourrit, selon l'auteur, un risque d'inflation spécifique.

ROEMER, cité par RAY (1988) a poursuit ses comparaisons entre plusieurs pays industrialisés présentant des caractéristiques socioéconomiques identiques dans le but de faire ressortir le rôle de la politiques de santé sur l'évolution de la mortalité et à chaque fois confirme l'efficacité des systèmes plus équitables et accessibles au plus grand nombre. Après les Etats-Unis, il compare ensuite la Belgique et les Pays-Bas. Avec un PNB inférieur à 7 % de celui de la Belgique, les Pays-Bas, disposant des prestations du programme d'assurance santé plus complètes, des soins presque gratuits et d'une prévention très active, disposaient d'une espérance de vie plus élevée (74,85 ans contre 72,20 pour les Belges en 1976). La même année, ROEMER compare la République Fédérale d'Allemagne à la République

Démocratique d'Allemagne ayant presque la même espérance de vie (71,95 ans pour la RFA contre 71,70 pour la RDA) avec un niveau de vie pourtant très différent (11 730 $ contre 6 430$ pour le revenu par habitant). Pour ROEMER, si la RDA arrive à tenir la comparaison au niveau de la santé, c'est grâce à son système national de soins plus égalitaire et efficace que l'assurance maladie en RFA.

ROEMER estime qu'à un certain niveau, la qualité et l'accessibilité des soins est plus importante que les facteurs économiques et environnementaux en matière de santé. En effet, pour lui, le rôle de l'environnement et du niveau de vie n'est plus déterminant pour des taux de mortalité infantile inférieurs à 80 ‰. En dessous de ce niveau, la qualité des soins devient déterminante. Il prend pour exemple la France où, en 1978, le taux de mortalité infantile était plus faible que les Etats-Unis (10,7 contre 13,8 pour mille) grâce à une politique de soins et du caractère redistributif de ses politiques sociales.

Ces différentes expériences mettent en lumière l'efficacité des systèmes plus égalitaires et équitables. L'accessibilité des soins et de la prévention au plus grand nombre apparait comme une garantie pour l'amélioration de l'état de santé au niveau global. L'équité semble bonifier les ressources investies. L'implication des fonds publics apparait donc une nécessité pour une amélioration plus efficace et plus efficiente des résultats sanitaires.

III. La nécessaire intervention publique dans le domaine de la santé

Pour diverses raisons, l'intervention des pouvoirs publics apparaît comme une nécessité dans le domaine sanitaire aussi bien dans les pays en développement, les pays émergents et les grandes puissances économiques.

- *Les pays à revenu faible*

Une bonne santé se préserve de manière durable avec l'existence des structures adéquates. Ces infrastructures font défaut aux pays en développement où le travail est encore manuel. L'amélioration de la santé et une meilleure alimentation de la main-d'œuvre pourraient pourtant permettre d'accroître la productivité des entreprises locales (TIZIO, 2004). Le faible niveau des dépenses de santé constitue un obstacle majeur pour faire face aux défis sanitaires. Ces pays disposent pourtant des ressources internes pouvant leur permettre de consacrer davantage de moyens au secteur de la santé si elles sont allouées

efficacement. Même si leurs coûts sont importants, les dépenses de santé pourraient générer un retour sur investissement très important. Les gains pourraient atteindre 6 fois la dépense initiale (OMS, 2002). Une implication des pouvoirs publics s'avère donc nécessaire pour le développement des structures sanitaires, l'accessibilité des soins et la prévention. La réduction des dépenses publiques ne devrait pas concerner le secteur de la santé où les pouvoirs publics ne consacrent déjà pas suffisamment de moyens si on se réfère à la commission Macroéconomie et Santé.

Le rapport de la commission Macroéconomie et Santé estime aux alentours de 30 à 40 dollars par personne et par an le financement minimum pour couvrir les interventions essentielles, y compris celles nécessaires pour combattre le Sida dans les pays pauvres. L'Etat doit assurer la grande majorité de ce financement car il n'en fait pas assez. Il ne participe que de 7 dollars sur les 13 qu'utilise un habitant des pays les moins avancés pour sa santé et de 13 dollars sur les 24 consacrés à la santé dans les autres pays à faibles revenus (SACHS, 2001). La mobilisation des ressources est une condition nécessaire mais non suffisante, les autorités publiques devant avoir une réelle volonté politique qui met l'intérêt général au dessus des questions électoralistes. L'exemple de Cuba met en exergue que l'accès aux soins ne doit pas être le monopole des pays industrialisés.

Avec une population de 11 205 000 habitants, Cuba appartient au groupe des pays relativement pauvres avec un PNB/habitant égal à 5 477 en 2009. L'économie repose sur les services contribuant à 64.7 % du PIB en 2009 au moment où les secteurs agricole et industriel génèrent respectivement 17.4 et 17.9 % du PIB (Le Nouvel Observateur, 2011). Le tourisme, les mines et les produits pharmaceutiques sont les principaux moteurs de l'économie. Le pays détient 8 % des réserves mondiales de nickel. Sa balance commerciale est redevenue excédentaire en 2009 (EDC, 2010).

Cuba dépasse tous les pays ayant des revenus similaires en termes de soins et de prévention. Avec une espérance de vie à la naissance de 76 ans pour les hommes et 80 ans pour les femmes, un quotient de mortalité infanto-juvénile de 6 décès pour 1000 naissances vivantes, d'après l'OMS (2012), ce pays en développement présente des statistiques sanitaires semblables à celles des plus grandes puissances économiques mondiales. En 2009, le pays consacrait 11.8 % de son PIB à la santé, soit 503 $US par habitant (OMS, 2012) loin derrière des pays présentant des résultants similaires tels que la France (3978 $US par habitant) et les Etats-Unis (7960 $US par habitant) (OCDE, 2011). En faisant un retour en arrière sur sa situation dans les années 1950, on se rend compte de l'évolution spectaculaire de ce pays en matière de santé. Selon HERRERA (2005), en 1950, « *les taux de mortalité infantile et*

maternelle étaient à peine inférieurs à 60 ‰ et 120 ‰; 31 % des ouvriers agricoles étaient (ou avaient été) atteints du paludisme, 14 % de tuberculose, 13 % de la typhoïde et 36 % de parasites intestinaux ; la gastroentérite tuait 42 habitants sur 100 000 ; il n'y avait qu'un médecin pour 1067 habitants, deux sur trois exerçant à la Havane ; les tarifs de consultation étaient de 10 à 15 pesos (plus de 50 % des salariés urbains gagnant moins de 75 pesos par mois) ; un dentiste pour 3510 habitants »[39].

Ces résultats ont été obtenus grâce à la généralisation de l'accès aux soins, même si on peut déplorer un système à triple vitesse favorisant davantage les touristes et l'élite, associée à une politique éducative performante. Avec des ressources limitées, Cuba a développé des programmes qui ont eu des incidences positives sur l'ensemble de la population. On peut citer la création des établissements appelés « polycliniques » dont le rôle a été mis en évidence par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie de la France en 2008. Ces polycliniques assurent l'intégration de la science, le transfert des connaissances, l'éducation des parents et la mobilisation de la collectivité. Au nombre de 498 en 2008, ces établissements servent principalement de cliniques de santé dans les collectivités locales. Ils bénéficient d'un personnel multidisciplinaire (médecins, infirmiers, psychologue, dentiste, orthophoniste, physiothérapeute, éducateur etc.) (Sénat français, 2008).

Si dans les pays à faible revenu, l'apport des fonds publics dans la santé est indispensable, leur implication semble également incontournable dans les pays mieux lotis économiquement.

- *Les pays émergents*

L'intervention étatique ne saurait nuire aux performances économiques si l'élaboration du régime est bien concise. La République de Corée a démontré que la compatibilité de la généralisation de l'accès aux soins et de la compétitivité. L'évolution économique de la République de Corée depuis 1950, retracée par BARJOT (2011), met en évidence un pays ayant certes profité du commerce mondial et de croissance mais surtout de la qualité de ses ressources humaines. Selon l'auteur, elle est aujourd'hui la onzième puissance mondiale avec aussi un onzième rang en termes de compétitivité grâce à son effort de recherche-développement et des investissements massifs dans l'enseignement supérieur. Pourtant, à l'image des pays africains qui peinent à décoller, la Corée est partie de loin, le pays ayant

[39] HERRERA R. (2005), MATISSE, « *Réflexions sur l'économie cubaine* », 2005.68, CNRS, ftp://mse.univ-paris1.fr/pub/mse/cahiers2005/R05068.pdf

connu l'occupation et la guerre. L'occupation du pays par le Japon aurait entraîné de lourdes conséquences économiques et sociales. La répression brutale occasionnant le départ de 2 millions de Coréens, le détournement d'une bonne partie du riz par le Japon à son profit, la dégradation des conditions de vie dans les milieux urbains et ruraux s'accompagneraient néanmoins d'une modernisation et industrialisation naissantes. Cet élan fut brisé par la guerre de Corée qui a été dévastatrice. D'après BARJOT (2011), rien qu'en Corée du Sud, on estimait le nombre de morts à 150 000, le nombre de blessés à 250 000 avec en plus 3 millions de disparus. Après l'armistice en 1953, la reconstitution s'amorce. Le passage à la croissance entretenue a été salutaire avec une forte industrialisation s'appuyant sur une consommation de masse et sur une structure industrielle auto-suffisante même si l'économie coréenne perd en compétitivité face à de nouveaux concurrents (Indonésie, Malaisie etc.) dans les années 1980. Dans la période 1980-1987, la Corée adopte une politique de stabilisation lui permettant de retrouver un excédent de la balance des comptes de 1986 à 1989. Cependant, pour BARJOT (2011), la croissance demeurait fragile pour 4 raisons :

- une régulation financière (taux d'intérêt) trop faible et trop tardive ;
- l'absence d'autorisation à l'anonyme des transactions financières ;
- le manque d'aide aux secteurs en difficultés ;
- la faiblesse des efforts en faveur de plus de justice sociale, même si la période voit progresser le pouvoir d'achat.

De 1987 à 1997, l'économie connait une relance spectaculaire avant de connaitre une crise brutale en 1997. Le redressement s'est aussitôt opéré grâce à 3 éléments :

- la poursuite d'une politique fondée sur l'exportation ;
- le renforcement de la compétitivité dans les secteurs à forte intensité capitaliste ;
- l'orientation vers de nouvelles technologies de l'information et l'investissement en matière grise.

Sur la période 2000-2007, le pays occupait le premier rang mondial en termes de gain de productivité du travail, même si le Sud coréen effectuait à temps plein plus d'heures qu'un français par exemple (2165 heures contre 1559 en 2007). La recherche développement reste une priorité, le pays occupant la sixième place mondiale en termes de dépenses recherche-développement (BARJOT, 2011).

Ce parcours économique s'est accompagné d'une politique d'accessibilité des soins remarquable. Ce pays a atteint, selon VAN GINNEKEN (2002), son objectif de couverture universelle de l'assurance maladie en 1989, douze ans après avoir rendu obligatoire l'assurance des soins médicaux en 1977. L'extension de l'assurance maladie en zones rurales

dès 1982 aurait été une étape décisive dans la politique d'accessibilité des soins pour tous. Bien qu'il est vrai que l'économie florissante des années 1990 ait fortement contribué à l'amélioration de la capacité des populations à cotiser pour l'assurance sociale, la participation étatique fut déterminante dans la couverture médicale des indépendants. L'élargissement de l'aide sociale était considéré comme une priorité des autorités publiques et représentait un point majeur de la plate-forme électorale en 1987 lors des présidentielles.

- *Les pays industrialisés*

L'exemple de certains pays riches prouve que les dépenses publiques peuvent être beaucoup plus efficaces que les dépenses de santé privées. Les pays du Nord de l'Europe, à hauts niveaux de protection sociale et de prélèvements obligatoires (Suède, Norvège, Pays-Bas, Finlande, Danemark) font figure de leaders en termes de limitation de la pauvreté humaine. En dépit de dépenses largement inférieures aux dépenses américaines dans le domaine de la santé, ils ont pourtant une espérance de vie supérieure. Un Français ou un Suédois peut espérer vivre 2,3 années de plus qu'un américain. Cela est imputable à un système américain accordant plus de place aux dépenses privées et laissant de côté une partie significative de sa population aux revenus modestes (EUZEBY et FARGEON in BATIFOULIER et al, 2011). En 2010 par exemple les Etats-Unis ont consacré plus 17 % de son PIB aux dépenses de santé largement plus que son voisin canadien qui en consacrait moins de 12 %. Malgré une part du PIB moins significative, la Canada obtient les meilleurs résultats en termes d'espérance de vie. En effet, l'espérance de vie à 65 ans en 2010 était de 18,3 pour les hommes et 21,5 pour les femmes contre respectivement 17,7 et 20,3 aux Etats-Unis (Ministère des affaires sociales et de la Santé, 2011). La différence en matière d'accès aux soins et à la prévention est également très significative. Environ 59 millions d'américains étaient privés d'assurance médicale au moins pendant une partie de l'année 2010 (Le Monde, 2010) alors que le Canada garantie à tous ses citoyens et à ses résidents permanents l'obtention de l'assurance maladie.

Deuxième conclusion partielle

« *La santé est la base du développement intellectuel, physique, affectif et spirituel. Le lien entre la santé et la stabilité sociale est tel que la détérioration de l'une entrave le progrès de l'autre et se répercute sur le développement économique*[40] ». L'accès aux soins et à la prévention n'est pas qu'une affaire de justice sociale ou un droit fondamental, c'est aussi un garant d'un développement humain et économique durable. La généralisation de la couverture maladie n'est pas incompatible avec la quête de compétitivité. Bien au contraire, l'accès de tous aux services de soins et à la prévention est un des principaux facteurs clés de productivité. Le cas de la République de Corée en est une parfaite illustration.

L'accès aux soins ne peut être considéré comme l'aboutissement d'un résultat économique abouti. Il en est un des piliers les plus solides car agissant directement sur le capital humain, sur la productivité et le bien-être de la population. La santé est non seulement un moyen efficace pour accroitre la croissance mais elle est surtout un outil indispensable à tout développement économique et humain harmonisé. L'accès à la santé doit accompagner la quête de croissance, le développement sanitaire et économique étant concomitant.

Des économies d'échelle et un contexte économique favorable pourraient permettre à un pays d'obtenir des résultats positifs à court terme. Seulement, ces derniers peineront à se confirmer dans le temps si ce pays ne dispose pas suffisamment de ressources humaines saines et éduquées. C'est pourquoi, il est impératif que les pays à faibles revenus élaborent des politiques efficaces et équitables pouvant permettre à la grande majorité de leur population à accéder aux services de soins et de prévention. Ce n'est pas qu'une question de moyens matériels, c'est surtout une question de volonté politique. L'exemple de Cuba permet de penser que la généralisation des services sanitaires ne doit pas être le monopole des pays industrialisés. Les pays en développement ne devraient plus prendre comme prétexte l'insuffisance des ressources pour justifier le faible taux de couverture médicale de leur population. Néanmoins, ils ne devraient pas être les seuls à engager cette lutte contre la mauvaise santé, les pays les plus riches devant également les soutenir par le biais d'un apport technique et financier.

Le sous-investissement dans le domaine de la santé dans les pays en développement constitue une menace significative pour la prospérité mondiale future. Une solidarité

[40] Nations Unies, Commission économique et sociale pour l'Afrique et l'Asie, sous comité de la santé et du développement (2004)

collective est un devoir. Il suffirait des médicaments peu onéreux, des moustiquaires et de l'eau potable pour sauver des millions de vies et inverser la tendance de ces statistiques alarmantes. En effet, environ 10 millions d'enfants meurent chaque année à cause des maladies facilement évitables. La situation des femmes enceintes n'est guère meilleure. Plus d'un millier d'entre elles meurent chaque jour dans les pays à revenu faible (MARTIN et al, 2012). Accompagner ces pays pauvres, sur le continent africain notamment, pourrait améliorer leurs conditions de santé. Un soutien au-delà de l'aide financière est souhaitable pour obtenir des progrès en termes de santé. L'augmentation de l'aide internationale, bien que nécessaire ne peut pas se substituer à des réformes de système de santé. Ces réformes nécessitent des solutions à la crise des ressources humaines dans le secteur sanitaire, de créer un partenariat avec les acteurs du système da santé grâce à des politiques de contractualisation, d'intégrer la politique de santé dans la politique de développement et dans les stratégies de réduction de la pauvreté (BERTHELEMY, 2007).

DEUXIEME PARTIE

DIAGNOSTIC DE LA SITUATION SENEGALAISE ET PROPOSITIONS

La première partie nous a permis de conclure que la protection sociale, bien qu'insuffisante, était indispensable au développement durable. Elle ne s'oppose donc pas aux performances économiques et humaines mais les bonifie, si elle est bien élaborée et gérée par un système rigoureux. Son intégration dans le processus de développement des pays pauvres nous semble impérative même si les moyens n'autorisent pas à court ou moyen terme un système social identique à ceux généralement rencontré dans les pays riches.

Cette conviction nous incite à réfléchir sur un modèle de protection sociale pouvant s'adapter efficacement à un pays en développement dans le but d'accroitre ses capacités productives et de contribuer à l'épanouissement de sa population. Nous prenons dans cette partie l'exemple sur le Sénégal, un pays confronté à un faible taux de couverture sociale, une faible productivité de même que les autres problèmes relatifs aux pays en développement, pour démontrer qu'il est possible malgré des ressources limitées d'améliorer de façon significative la couverture sociale de la population. Les travailleurs du secteur privé structuré et les fonctionnaires étant les seuls bénéficiaires du système de protection sociale moderne, l'objectif est d'envisager un système plus large englobant les nombreux travailleurs du secteur informel. La protection sociale étant vaste, nous limiterons notre proposition sur la branche maladie.

Dans le but de mettre en place un système d'assurance maladie couvrant la grande majorité de la population, nous commencerons cette deuxième partie par une étude des caractéristiques économiques, démographiques et sanitaires du Sénégal. Cette étude générale sera complétée dans un second temps par une analyse plus approfondie du secteur informel, le poumon de l'économie locale et la cible de nos propositions. Enfin, nous tâcherons de proposer un système d'assurance maladie prenant en compte les spécificités locales mais surtout le caractère hétérogène et vulnérable de l'économie informelle.

Chapitre IV : Présentation du pays et du dispositif formel de sécurité sociale

§1 : Caractéristiques économiques, démographiques et sanitaires

Le Sénégal, situé à l'extrême Ouest du continent africain, couvre une superficie de 196 712 km^2. Il est limité par le Nord par la République islamique de Mauritanie et à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée Bissau et la République de Guinée, à l'Ouest par l'Océan Atlantique. La Gambie, située entre les régions de Kaolack et de Ziguinchor, forme une enclave sur le cours inférieur du fleuve du même nom. Caractérisé par une stabilité politique durable, le pays bénéficie d'un régime démocratique de type présidentiel. Le Sénégal est découpé en 14 régions, 45 départements, 121 arrondissements, 113 communes, 46 communes d'arrondissements et 370 communautés rurales (M.S.P. du Sénégal, 2009).

I. Economie du Sénégal

Avec un revenu par habitant estimé à 634 $ et 54 % de sa population vivant en-dessous du seuil de pauvreté, le Sénégal fait partie des pays les moins avancés (PMA[41]) (Commission européenne, 2012). Le faible niveau de l'IDH, estimé à 0,304, le classe 155e au niveau mondial (PNUD, 2011). Son économie repose sur le dynamisme du secteur tertiaire s'appuyant principalement sur le commerce, les transports, les télécommunications (centres d'appels) et le tourisme. Occupant 42,2 % de la population active, les services représentaient 62,9 % du PIB en 2009 contre 13,8 % pour le secteur agricole et 23,3 % pour l'industrie mobilisant respectivement 37,2 % et 20,7 % des actifs (Le nouvel Observateur, Atlas éco, 2011). Le secteur primaire est, quant à lui, tributaire des conditions naturelles et de la volatilité des cours mondiaux et le secteur secondaire s'appuie principalement sur l'extraction et la transformation des phosphates, la transformation agroalimentaire, le BTP et l'industrie du ciment (France Diplomatie, 2012). L'agriculture est le premier contributeur à la croissance du PIB en 2008 et 2009 (51 % et 40 % respectivement) même si la contribution du secteur n'a été que de 6 % en moyenne sur la période 2000-2009. Sa valeur ajoutée est plus faible que celle des deux autres secteurs. En 2009, la main-d'œuvre employée dans l'industrie et les

[41] Les pays moins avancés (PMA) ont été reconnus par les Nations Unies comme le « maillon le plus faible et le plus pauvre » de la communauté internationale (UN-OHRLLS, 2009). Ils sont caractérisés par de très faibles niveaux de PIB/habitant, de taux de scolarisation et d'alphabétisation. Ils sont confrontés à une forte mortalité et une malnutrition accrue.

services représentant moins de la moitié de la population active, générait 84 % du PIB (Ministère de l'Economie et des Finances, 2011).

Depuis l'indépendance, l'économie du Sénégal a connu des déséquilibres résultant de l'économie de traite (essentiellement fondée sur la culture de l'arachide) mise en place pendant la colonisation française, ce qui rend le pays vulnérable à l'instabilité des cours mondiaux et aux aléas climatiques (WALTER[42], 2006). En 2011, la crise des dettes souveraines et du secteur bancaire dans la zone euro, les perturbations résultant du tremblement de terre et du tsunami au Japon, les troubles sociopolitiques dans le monde arabe et le maintien des matières premières à des niveaux élevés ainsi que les mauvaises conditions climatiques dans le Sahel ont entraîné un ralentissement de la croissance mondiale, passant de 5,1 % en 2010 à 3,8 % en 2011. Ce ralentissement économique s'est ressenti au Sénégal où le taux de croissance est passé de 4,1 % en 2010 à 2,6 % en 2011 (DPEE, 2012).

***Tableau 22* : Evolution des principaux Indicateurs économiques (en milliards de dollars, sauf PNB par habitant en dollars)**

	2006	**2007**	**2008**	**2009**
PNB global	9.28	11.22	13.17	12.60
PNB par habitant	801	944	1 078	1 005
Croissance en volume du PIB	2.5 %	4.7 %	3.3 %	1.5 %
Aide officielle (+ ou -)	0.823	0.872	1.058	
Dette extérieure brute	1.923	2.589	2.861	3.309
Taux d'inflation	2.1 %	5.9 %	5.8 %	-1.1 %
Taux d'intérêt	3.5 %	3.5 %	3.5 %	3.5 %
Recettes touristiques	0.329	0.622		
Investissements étrangers	0.220	0.297		

Source : Le nouvel Observateur, Atlas éco 2011

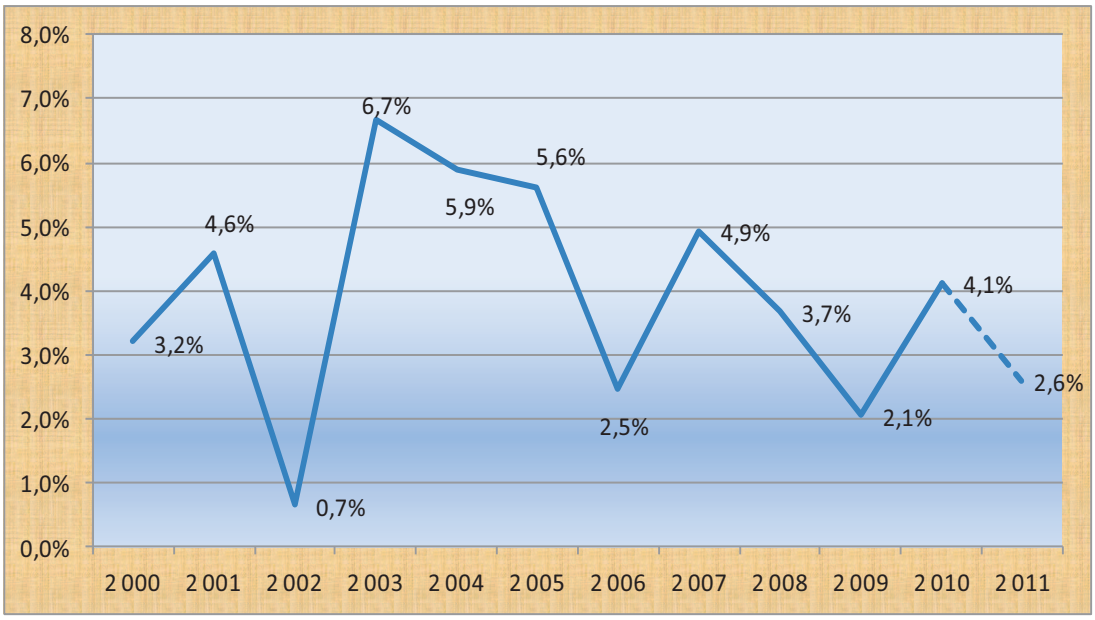
- ✓ *Une progression soutenue de la croissance économique*

L'économie sénégalaise a connu, depuis la dévaluation du franc CFA en 1994, des progrès en termes de croissance économique et de maîtrise de l'inflation. Ces résultats cachent cependant de difficiles conditions de vie pour la majeure partie de la population même si la pauvreté des ménages a baissé de 15 points entre 1994 et 2010 (Banque mondiale, 2006, 2007). De 2000 à 2011, la croissance du PIB évolue en dents de scie avec une moyenne de 3,88 % (DPEE, 2012). L'année 2009 a été difficile pour le Sénégal suite à la contraction du

[42] Richard WALTER, Consultant ITG

PIB mondial de 0,6 %. Un redressement de la demande extérieure et intérieure, notamment l'investissement privé a permis la remontée du taux de croissance en 2010 (DPEE, 2010).

Graphique 8 : taux de croissance du PIB de 2000 à 2011



Source : Direction de la Prévision des Etudes Economiques (2012), DPEE/DPMSP

✓ *Une faible productivité des travailleurs et des entreprises*

La productivité du travail est faible au Sénégal. Même si elle est plus élevée de 37% par rapport à la majorité des Etats de la CEDEAO, elle est beaucoup plus faible que celle des Etats subsahariens à revenu moyen inférieur (-70 %) et en Tunisie (-20 %). Le taux d'accroissement de la productivité est en baisse constante entre 2003 et 2008, une baisse imputable à l'importance du secteur informel beaucoup moins productif. La productivité de l'économie informelle est environ 10 à 15 fois moins élevée par rapport au secteur structuré moderne (Ministère de l'Economie et des Finances, 2011). La Banque mondiale (2007) explique la faiblesse des gains de productivité annuels (généralement inférieurs à 2 %) par diverses raisons :

- moins de 5 % de la population active ont suivi des études après le baccalauréat ;
- la moitié des travailleurs du secteur informel de Dakar n'ont jamais été à l'école ;

- il existe un fonctionnement inadéquat du marché du travail souffrant de biais et de contraintes multiples. Les travailleurs qualifiés travaillent généralement pour l'Etat, les partenaires de développement ou partent à l'étranger au détriment des entreprises locales ;
- la réglementation du travail est lourde et pénalisante avec un taux marginal effectif d'imposition sur le travail parmi les plus élevés au monde, se situant au même niveau que celui de la France ;

Les salaires des entreprises du secteur structuré augmentent annuellement plus fortement que l'accroissement de la productivité du travail (voir annexe 10). L'absentéisme est également un facteur pouvant expliquer cette faible augmentation de la productivité du travail. Selon l'ANSD (2007), lors de l'Enquête de suivi de la Pauvreté au Sénégal ESPS 2005-2006, sur 100 malades, moins du tiers seulement n'a pas observé de repos nécessitant une absence au lieu de travail ou à l'école. 46,4 % des malades ou blessés auraient nécessité un repos allant jusqu'à 6 jours. Cet absentéisme pour raison sanitaire serait encore plus significatif dans le monde rural où 13 % des malades et blessés auraient eu plus de 14 jours de repos (voir annexe 11).

✓ *Une balance commerciale déficitaire*

La balance commerciale, retraçant la différence entre les exportations et les importations des biens et services, est déficitaire depuis 1963. Depuis l'indépendance du pays en 1960, le Sénégal a enregistré une baisse annuelle de 8,4 % en moyenne. De 0,39 % du PIB en 1963, le déficit a atteint 19,54 % en 2010 (Perspectives Monde, 2011).

***Tableau 23* : Commerce extérieur, en milliards de dollars**

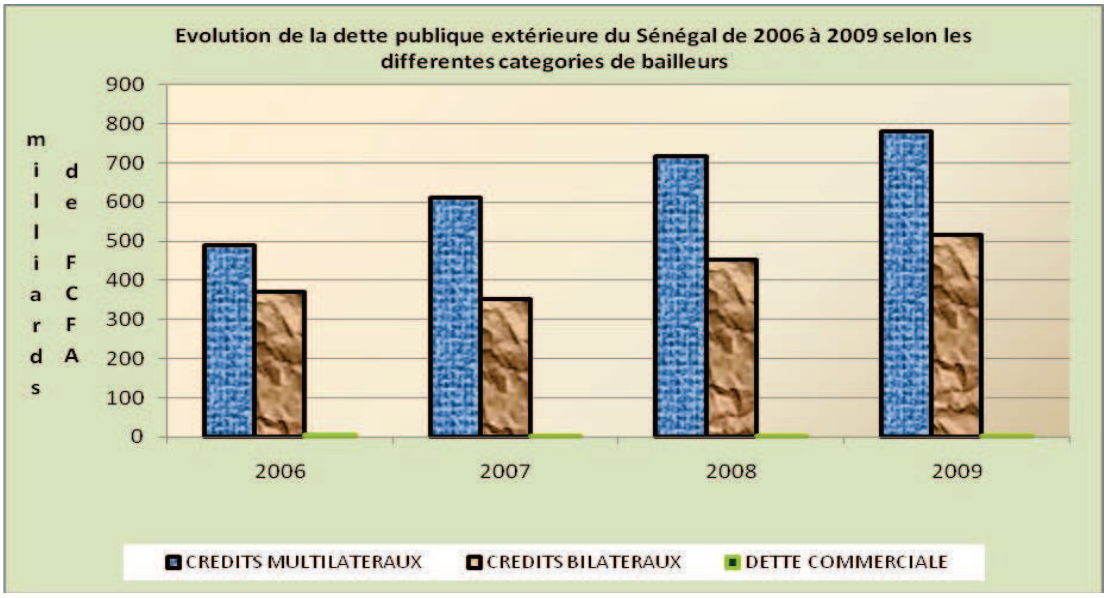
	2006	**2007**	**2008**	**2009**
Exportations marchandises	1.594	1.674	2.032	1.930
Importations marchandises	-3.194	-4.164	-5.560	-4.434
Exportations services	0.807	1.202	1.459	1.386
Importations services	-08.842	-1.238	-1.653	-1.319
Balance des paiements	-0.861	-1.311	-1.908	-1.113

Source : Le nouvel Observateur, Atlas éco 2011

✓ *Une dette en forte progression*

Comme l'ensemble des pays en développement, le Sénégal est largement endetté. Cette dette est en augmentation permanente. La dette publique du Sénégal est caractérisée par la prédominance de la dette publique extérieure qui s'est chiffrée à 1298,1 milliards de F CFA en Décembre 2009 et une proportion de plus en plus croissante de la dette intérieure évaluée à 325,3 milliards de F CFA soit 20 % de la dette publique (Ministère sénégalais de l'Economie et des Finances, 2010). Le niveau très élevé du service de la dette est cumulé à des intérêts de plus en plus élevés (voir annexe 12).

Graphique 9



Source : Ministère sénégalais de l'Economie et des Finances, Comité National de la Dette Publique (2010), « Rapport sur la viabilité de la dette publique », Janvier

✓ *Un chômage préoccupant surtout chez les jeunes*

En 2008, le taux de chômage officiel était estimé à 49 % de la population active dont 60 % étaient âgés de moins de 35 ans. Les 15-24 ans sont particulièrement peu représentés au sein des actifs. 10 % ne trouvent pas un emploi malgré leur formation et recherches sur le marché du travail. 32 % sont considérés comme inactifs car ne cherchant pas de travail et n'allant pas à l'école. 5 % sont sous-employés. Chaque année, près de 100 000 nouveaux diplômés intègrent le marché du travail alors que le secteur privé, principal recruteur, ne propose que moins de 30 000 nouveaux contrats (USAID, 2011). Cependant, ce niveau très élevé du chômage est à prendre avec beaucoup de précaution dans la mesure où il ne prend

pas compte les très nombreux emplois occupés dans le secteur informel et donc surévalue le taux de chômage. Ce dernier ne semble pas opérant dans les économies majoritairement informelles. Dans le contexte d'une économie caractérisée par une très forte précarité, la taux de chômage représente une statistique loin de la réalité et paraît donc inadapté pour estimer le niveau de l'emploi dans les pays en développement. C'est pourquoi le taux de chômage à 49 % du Sénégal doit être nuancé. En réalité, selon la Banque mondiale (2007), les chiffres et les analyses confirment que le taux de chômage avoisine 13 %. Cependant, une partie significative de la population active serait sous employée. Plus de 30 % de la force de travail ne travaillerait pas suffisamment malgré elle et seulement une personne sur 5 travaillerait à temps complet. Une partie très significative des emplois n'est pas régie par le code du travail. Dans la capitale par exemple, seulement 1/3 des travailleurs disposerait d'un contrat écrit en bonne et due forme.

Pour la Banque mondiale (2007), des programmes tels que le Fonds National de Promotion de la Jeunesse (FNPJ) ont été mis en place par les autorités locales pour lutter contre le chômage. Seulement, ils mobiliseraient peu de ressources (moins de 1 % du budget) et contribueraient faiblement à la création de l'emploi avec la création de 16 000 emplois et indirects par an.

- ✓ *Caractéristiques de l'emploi*

Comme la presque totalité des pays en développement, il existe au Sénégal de fortes disparités entre l'emploi en milieu rural et en milieu urbain, le travail des femmes et celui des hommes. Selon la Banque mondiale (2007), le marché de l'emploi en milieu rural, relativement homogène, est centralisé autour du secteur primaire.

Caractérisé par une grande précarité, un manque de qualification et son caractère saisonnier ou temporaire, le marché du travail est exposé aux chocs climatiques et aux catastrophes naturelles. Le marché de l'emploi du milieu urbain est beaucoup plus diversifié, la principale occupation étant le commerce (1/3 des emplois, jusqu'à 2/3 pour les femmes) suivi selon l'ordre décroissant par les services marchands, l'agriculture (et l'élevage), les transferts et la communication, le BTP. Cette diversité se traduit par un nombre important de salariés (30 % contre 10 % d'apprentis et de stagiaires et 40 % d'aides familiaux et indépendants) et aussi une plus grande sécurité de l'emploi. Les emplois permanents à plein temps représentent 60 % des postes de travail, soit presque 3 fois de plus qu'en milieu rural).

Les femmes s'occupent dans le commerce et les services domestiques. Elles sont fortement représentées dans le secteur informel et l'emploi sous qualifié alors que les hommes seraient occupés principalement dans l'industrie, le transport, la communication, le BTP (Banque mondiale, 2007).

Les difficultés d'insertion dans le monde professionnel, le sous emploi et l'assimilation de l'Occident à l'Eldorado accentuent l'engouement prononcé pour la migration internationale. Les candidats au départ sont majoritairement jeunes (18 à 35 ans). On estimait à 2 millions le nombre de sénégalais vivant en dehors du pays en 2008 (FALL, 2010). Leurs transferts de fonds sont 3 à 17 fois supérieurs aux flux d'investissements directs étrangers (IDE) sur la période 2000-2009. Ces fonds sont généralement destinés à la consommation, environ 5 % étant utilisés aux investissements productifs (Ministère de l'Economie et des Finances, 2011).

II. La population

La population sénégalaise croît à un rythme soutenu. Entre 1990 et 2010, le taux de croissance annuel moyen était de 2,7 %. D'après les prévisions, il sera de 2,4 % pour la période 2010-2030. La population est encore majoritairement rurale. En 2010, 42 % de la population totale vivait en milieu urbain, ce pourcentage devant augmenter dans les années à venir. En effet, le taux d'accroissement annuel devrait passer de 3,1 % entre 1990 et 2010 à 3,4 % entre 2010 et 2030. La relative amélioration des conditions de vie en milieu urbain ainsi que les difficultés du monde agricole expliquent principalement l'ampleur de l'exode rural. L'accès à l'eau potable illustre bien les difficultés du monde rural. En 2008, 69 % de la population totale avait accès aux sources d'eau potable améliorées (92 % en milieu urbain et seulement 52 % en milieu rural) (UNICEF, 2012).

On distingue trois religions au Sénégal. L'Islam regroupe 94 % de la population, le christianisme 4 % et l'animisme 1 % (Planet Expert, 2011).

<u>Tableau 24</u> : Aperçu des statistiques démographiques du Sénégal

Critères	Données	Année	Source
Pyramides des Ages	0-14 ans : 42,2 % 15-64 ans : 54,8 % 65 ans et + : 3 %	2009 est.	Word Factbook
Taux Hommes/Femmes	A la naissance : 1,03 Garçons/Filles < 15 ans : 1,01 15-64 ans : 0,98 65 ans et plus : 0,88 Population totale : 0,99	2009 est.	Word Factbook
Age moyenne	Total : 18,6 ans < Hommes : 18,4 ans < Femmes : 18,8 ans	2008 est.	Word Factbook
IDH	L'IDH est de 0,502, classifié 153 sur 179 pays.	2008	PNUD
Natalité	36,52 naissances pour mille	2008	Word Factbook
Mortalité	10,72 pour mille	2008	Index mundi
Espérance de vie à la naissance	59 ans	2009 est.	Word Factbook
< Hommes	57,1 ans	2009 est.	Word Factbook
< Femmes	60,9 ans	2009 est.	Word Factbook
Taux de fécondité	4,95 par femme	2009 est.	Word Factbook
Mortalité infantile	58,94 décès pour mille naissances	2009 est.	Word Factbook
Taux d'alphabétisation	39,3 %	2008/2009	Wikipédia
< Hommes	51,1 %	2008 :2009	Word Factbook
< Femmes	29,2 %	2008/2009	Word Factbook
Nombres d'écoles	7 488	2007	Afriquejet
Nombre d'élèves (enseignement primaire et secondaire)	1 215 003	2006/2007	Gds statistiques (ANSD)
Dépenses en éducation	5 % du PIB	2006	Gds statistiques (ANSD)

Source: Banque Mondiale, The Youth Employlent Network, International Youth Foundation (2011)

III. Caractéristiques sanitaires

III.1. Indicateurs de la santé et principales pathologies

Le Sénégal est confronté à une forte natalité et à un taux de mortalité encore élevé. Le pays consacre 102$ par habitant en termes de dépenses sanitaires, ce qui représentait 5,7 % du PIB en 2009 (OMS, 2012)

- ✓ *La natalité*

Depuis plus de 25 ans, on assiste à une baisse annuelle du taux de fertilité des femmes. Ce dernier, représentant le nombre moyen d'enfants de la femme au cours de sa vie, a baissé de 26 % entre 1960 et 2009, passant de 6,64 à 4,90 enfants (Perspectives Monde, 2011). Malgré cette baisse de la fécondité, la natalité reste élevée. En 2010, le taux brut de natalité était de 37 ‰ et le nombre annuel de naissance estimé à 465 000 (UNICEF, 2012). Cette forte natalité s'explique aussi par des raisons religieuses et sociétales. L'enfant étant considéré comme un don de dieu et l'interdiction de l'Islam de recourir à l'espacement des naissances de manière artificielle contribuent fortement à cet accroissement démographique significatif. Au niveau sociétal, l'enfant joue un rôle prépondérant. Il est appelé à suppléer ses parents vu que rares d'entre eux peuvent prétendre à des pensions à la retraite. Il représente un facteur de production non négligeable surtout dans l'agriculture encore rudimentaire. En outre, le choix de ne pas avoir d'enfant est encore difficilement accepté dans les mentalités. Le fait que la polygamie soit ancrée dans les mœurs et autorisée par les autorités publiques, musulmanes et coutumières accentue le phénomène du boom démographique.

✓ *La mortalité*

En 2009, le quotient de mortalité[43] pour les 15-60 ans était de 266 ‰ pour les hommes et 218 ‰ pour les femmes. La mortalité infantile demeure préoccupante avec un taux de 93 ‰ naissances vivantes (OMS, 2012). Même si elles sont encore élevées, la mortalité infanto-juvénile a baissé de 135 à 121 décès pour mille vivantes et la mortalité maternelle de 510 à 401 pour 100 000 naissances vivantes entre 1995 et 2005 (UNICEF, 2009). Cette forte mortalité surtout infantile peut s'expliquer par la non généralisation des vaccins pour les nouveaux nés ou moins d'un an, un déficit doublé d'une inégale répartition des structures sanitaires et préventives (cf annexes 15, 16 et 17) sans oublier l'extrême faiblesse de la couverture médicale au sein de la population. A cela s'ajoutent des pratiques alimentaires liées au mode de vie n'épargnant pas les catégories aux revenus supérieurs. Il n'est pas rare dans les familles aisées d'adopter des habitudes pouvant compromettre leur santé. Privilégier la viande ou des plats gras pour le repas du soir est une pratique courante. L'utilisation massive du sel et le manque de sport multiplient les maladies cardiovasculaires. L'hypertension artérielle fait partie des pathologies causant le plus de décès au sein de la population (cf annexe 18).

Néanmoins, le Sénégal enregistre un des taux de mortalité les plus faibles en Afrique subsaharienne. En 2010, le taux brut de mortalité était de 9 ‰, celui des moins de 5 ans et des moins d'un an respectivement à 75 et 50 ‰ et enfin le taux de mortalité néonatale estimé à 27 ‰ (UNICEF, 2012).

✓ *La morbidité*

Les autorités sénégalaises sont préoccupées par les maladies transmissibles centralisant les ¾ du budget de la prévention en 2005 (voir annexe 19). Trois maladies principales inquiètent les dirigeants locaux : le paludisme, le Sida et la tuberculose.

[43] « *Le quotient de mortalité à un âge mesure la probabilité, pour les personnes survivantes à cet âge, de décéder avant l'âge suivant* » (Insee, http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/quotient-de-mortalite.htm)

- *Le paludisme*

Le paludisme demeure le premier motif de consultation (35 %) notamment chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Il est la première cause de morbidité et de mortalité des classes défavorisées (NDIAYE et AYAD, 2009). Grâce à des activités nombreuses et diversifiées de lutte antipaludique, la morbidité a globalement baissé de même que la mortalité qui est passée de 29,72 % en 2001 à 12 % en 2007 (OMS, 2009).

- *Le Sida*

Avec un taux de prévalence des 15-49 ans de 9 ‰, en 2009 (OMS, 2012), le Sénégal est relativement épargné par la propagation du Sida par rapport aux pays de l'Afrique australe. Ce faible taux de prévalence cache cependant des disparités significatives. Les régions du Sud sont fortement touchées par rapport aux autres. En 2007, Kolda et Ziguinchor formant la région naturelle de la Casamance, présentaient un taux de prévalence global respectivement égal à 2 et 2,2 % (OMS, 2009). Des efforts considérables sont faits pour limiter la propagation de la maladie et renforcer la prise en charge des porteurs de virus. Depuis le démarrage de l'ISAARV (Initiative sénégalaise d'accès aux Antirétroviraux), beaucoup d'initiatives ont été prises pour l'accessibilité des soins. La décentralisation de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) se serait étendu à 90 % des hôpitaux et 81 % des Districts permettant ainsi de prendre plus accessible le traitement antiretrovial en 2008. Ces efforts ont permis la même année de mettre 7 474 malades sous ARV (soit 56 % de la population cible) et à 149 689 personnes de connaître leur statut sérologique. La prévention a été renforcée avec, par exemple, le doublement de la distribution des préservatifs entre 2004 et 2008 (OMS, 2009). En 2009, le nombre de personnes vivant avec le VIH était estimé entre 50 000 et 69 000 et le nombre d'orphelins de moins de 17 ans du à la maladie à 19 000 (UNICEF, 2012). Malgré tous ces efforts, le Sénégal reste confronté à de nombreux défis tels que la faiblesse du dépistage volontaire, la stigmatisation des porteurs de VIH etc. (OMS, 2009).

- *La tuberculose*

La tuberculose constitue un problème majeur au Sénégal comme dans le reste de l'Afrique subsaharienne. En plus des problèmes relatifs à la détection de la maladie, de nombreux patients abandonnent leur traitement avant le terme. Chaque année, environ 7 000 à 8 000 cas sont détectés dont la moitié réside à Dakar (THIAM et al, 2005). Avec beaucoup d'actions par le biais notamment du PNT (Plan National de lutte contre la Tuberculose), des avancées ont été enregistrées. Le taux de détection est passé de 51 % en 2001 à 60 % en 2008 (OMS, 2009). En 2009, le taux de prévalence était de 542 pour 100 000 personnes (OMS, 2012).

Si la tuberculose, le paludisme et le Sida constituent de réelles préoccupations pour les autorités, ils sont loin d'être les seules responsables de la mortalité élevée. Différentes autres pathologies sévissent au pays entraînant un nombre de victimes significatif. On peut citer les diarrhées, le diabète, le choléra, l'anémie, la malnutrition, la dysenterie, les cancers dont la prise en charge est moindre que dans les pays développés, etc. (cf annexe 18).

III.2. Système de santé

La santé occupe une place non négligeable dans le Document de Stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (DSRP-2), d'après le Ministère de la Santé et de la Prévention (2009). La Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) accorderait une priorité à la répartition équitable de l'offre de services et au financement de la demande de santé. La politique de santé, basée sur les soins de santé primaire et le respect des engagements internationaux, s'articulerait autour des objectifs suivants :

- l'accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quel que soit le statut socioéconomique ;
- l'approfondissement de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale ;
- la protection des groupes vulnérables ;
- le renforcement du partenariat public-privé ;
- la promotion de la multisectorialité ;
- l'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales ;
- la culture de la gestion axée sur les résultats.

Le système de santé repose essentiellement sur des structures publiques même si le privé lucratif joue un rôle important, dans les grandes villes notamment. Selon le Ministère de la Santé et de l'Action sociale du Sénégal (2011), le système de santé du pays présente une forme pyramidale de trois niveaux :

- l'échelon périphérique correspondant au district sanitaire : dirigé par un médecin chef, le district sanitaire est une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Les postes et cases de santé, implantés dans les communes, chefs lieux de communauté rurales ou villages sont dirigés par des infirmiers ;
- l'échelon régional correspondant à la région médicale est la structure de coordination du niveau régional. Elle est dirigée par un médecin de santé publique, principal animateur de l'équipe cadre composée de l'ensemble des chefs de services rattachés de la région médicale ;
- l'échelon central comprenant en plus le cabinet du Ministre, les directions et les services rattachés.

✓ *Les ressources humaines*

Le Sénégal est encore très loin d'atteindre les normes établies par l'OMS en termes de ratio personnel médical/nombre d'habitants. En plus de l'insuffisance du personnel, le pays est confronté à une répartition inégale des personnels de santé qui se fait au détriment des zones périurbaines et rurales.

<u>Tableau 25</u> : Critères internationaux et couverture au Sénégal

Catégories socioprofessionnelles	Norme OMS	Couverture en 2007 au Sénégal
Médecins	1 pour 10 000 habitants	1 pour 11 000 habitants (y compris secteur privé)
Infirmiers	1 pour 300 habitants	1 pour 4 200 habitants
Sages femmes d'Etat	1 pour 300 habitants	1 pour 4 000 habitants

MSP-PNDS II (2009)

Pour le MSP (2009), l'insuffisance des indicateurs de couverture en personnel s'explique par :

- l'insuffisance des effectifs dans la formation notamment à université ;

- la non maîtrise du processus de recrutement dans la fonction publique ;
- les insuffisances des mesures incitatives pour la fidélisation du personnel et sa meilleure répartition géographique.

<u>Tableau 26</u> : Couverture en personnel sanitaire en 2008

Catégories socioprofessionnelles	Secteur public	Secteur privé	Total
Nombre de médecins	624	436	1060
Nombre de sages femmes diplômées d'Etat	677	ND	ND
Nombre d'infirmiers	2777	ND	ND

MSP-PNDS II (2009)

Le secteur privé (surtout lucratif) compte sur un nombre de médecins relativement important. Cependant, ce secteur est réservé à la population aisée, disposant de suffisamment de moyens pour faire face aux frais médicaux.

✓ *Ressources financières*

Jusqu'à 1970, le système de santé du Sénégal est financé sur des fonds publics. La détérioration de la situation économique et l'application des PAS (politiques d'ajustement structurel) ont influé négativement sur les structures sanitaires. De 1980 à 1988, le nombre d'habitants par infirmier est passé de 3000 à 8000 personnes. Les structures de santé n'étaient plus approvisionnées en médicaments, le recrutement du personnel était insuffisant et l'entretien des établissements négligé. L'Initiative de Bamako en 1987 réunissant les ministres africains de la santé au Mali avait adopté des réformes ayant pour objectif de renforcer les soins de santé primaire. La participation des populations allait être obligatoire pour améliorer la gestion des structures sanitaires. En 1989, les ménages sénégalais supportaient 41 % du financement de la santé contre 30 % pour les ministères, 17 % représentant l'aide extérieure et 10 % provenant des entreprises (MASSIOT, 1998). Aujourd'hui, l'Etat est le pourvoyeur principal des fonds alloués à la santé. Fournissant plus de la moitié du budget, les fonds étatiques sont complétés par les partenaires extérieurs, les collectivités locales et les populations.

***Tableau 27* : Situation du financement de la santé en 2007 (en milliards de FCFA)**

	Montant	**%**
Collectivités locales	4.53	2.96 %
Etat	90.67	51 %
Partenaires extérieurs	19.04	26.74 %
Populations	26.19	19.30 %
Total	140.43	100 %

Source : MSP-PNDS II (2009)

✓ *Les infrastructures sanitaires*

En 2007, on recensait dans le pays 65 districts sanitaires, 75 centres de santé dont 18 offrant des soins obstétricaux et néonataux d'Urgence complets (SONUC), 22 hôpitaux dont 2 centres hospitaliers universitaires (CHU), 476 maternités rurales, 1014 postes de santé, 2270 cases de santé. Le secteur privé lucratif, très dynamique disposait d'un hôpital, de 24 cliniques, 414 cabinets médicaux et des services médicaux d'entreprises, 800 officines de pharmacies et une vingtaine de laboratoires d'analyses médicales (OMS, 2009). A cela s'ajoutent la médecine et pharmacopée traditionnelles reconnues par les pouvoirs publics et le secteur privé non lucratif composé de formations catholiques, d'ONG etc.

✓ *Structure du marché pharmaceutique au Sénégal*

On peut résumer les deux filières de distribution des médicaments de manière suivante :

- la filière privée constituée par d'une part quelques sociétés d'importation et les pharmacies privées et d'autre part les unités de production pharmaceutique sous licence ;

- la filière publique organisée autour de la Pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA) important des médicaments génériques, des dépôts régionaux chargés d'approvisionner les districts sanitaires et les dépôts de vente implantés dans les établissements publics de soins (GUIMIER et al, 2005).

Les prix des médicaments légalement vendus sont très élevés au Sénégal notamment dans le secteur privé. En effet, le secteur public bénéficie des prix d'achats raisonnables tandis que le privé, utilisant largement des médicaments de marque innovateur, les revend à un prix inaccessible pour la grande majorité de la population (CISSE, 2005). Les prix d'achats n'expliquent cependant que 50 % de la valeur des prix. Le coût du transport et des assurances (poids relatif 5 à 6 %), les taxes douanières (1 %) mais surtout la confortable marge de

distribution (46 à 54 %) sont les autres facteurs explicatifs du niveau des prix des médicaments (GUIMIER et al, 2005). Le niveau élevé de ces médicaments et le faible pouvoir d'achat des populations favorisent ainsi le recours au marché illicite ou parallèle de médicaments.

A cause de leurs prix réduits et de la facilité dans la distribution en milieu urbain comme en milieu rural, les médicaments du marché parallèle constituent de redoutables concurrents pour les officines légales. La réglementation prévoyant des sanctions spécifiques pour « l'exercice illégal de la pharmacie » existe. Seulement beaucoup d'obstacles entravent son application. Les moyens dont disposent les autorités publiques sont insuffisants pour assurer les contrôles nécessaires. A cela s'ajoutent d'autres facteurs politico-culturels : la corruption dans l'appareil d'Etat, les comportements ambivalents des dirigeants politiques oscillant entre répression et tolérance, les pots-de-vin versés aux policiers par les marchands etc. Ce marché parallèle constitue un véritable fléau car l'accès des médicaments de qualité conditionne le bon fonctionnement du système de santé et par ricochet le bien-être et la performance économique (HAMEL, 2006).

Les pourvoyeurs du marché parallèle évoluent principalement dans l'informel et échappent à tout contrôle des autorités publiques. Les boutiquiers, les marchands ambulants, les vendeurs en marchés hebdomadaires sont les principaux acteurs du marché illicite de médicaments. Ce marché est la source de risques sanitaires à cause des médicaments contrefaits, des mauvaises conditions de conservation et des conseils de traitements inadaptés (BAXERRES et Le HESRAN, 2006). Un patient sur cinq ferait recours au marché illicite pour se procurer ses médicaments. Le chiffre d'affaires de ce marché parallèle est estimé entre 6 et 8 milliards de FCFA (soit entre 11.4 et 15.2 millions de $US) (IRIN, 2012).

- ✓ *L'accessibilité des soins*

L'accès des soins médicaux se pose en termes de proximité géographique, de qualité, d'offre quantitative disponible et de prise en charge par une couverture sociale (ANNYCKE, 2008). Ces nombreuses difficultés ont conduit les autorités gouvernementales à développer, notamment en faveur des populations les plus vulnérables, des programmes et projets qui sont, selon la CAFSP (2010) :

- la gratuité des accouchements et des césariennes : mise en œuvre en 2005, cette politique a été introduite dans un premier temps dans cinq régions (Kolda,

Ziguinchor, Fatick, Matam et Tambacounda) avant d'être étendue par la suite aux autres régions sauf Dakar ;

- la gratuité des soins aux personnes âgées (carte Sésame) : démarré depuis le 1er septembre 2006, cette politique appelée plan « Sésame » est conçue en faveur des personnes âgées de 60 ans et plus. La gratuité des soins concerne tous les médicaments essentiels mais exclut les prothèses, les lunettes et implants sauf les implants oculaires ;
- l'accès gratuit aux antirétroviraux (ARV) : le Sénégal a mis en place en 1998 ce programme d'accès au traitement contre le Sida à travers l'ISAARV, circuit officiel d'approvisionnement en antirétroviraux ;
- la subvention abaissant les coûts des traitements : antipaludéen, diabétique (insuline), anticancéreux, de l'insuffisance rénale, des cardiopathies ;
- le traitement gratuit du paludisme gratuit chez les enfants et les femmes enceintes et le prix subventionné des moustiquaires imprégnées ;
- la subvention pour la prise en charge des indigents ;
- la politique de développement des mutuelles de santé.

L'Etat a adopté en 2004 la Stratégie Nationale de la Protection Sociale avec l'ambition d'élargir la couverture sociale à 50 % de la population en 2015 (cf. annexe 20). La Loi sylvo-pastorale et le régime spécifique des routiers visait la couverture de 85 % de la population cible en 2024 (DIONGUE, 2008). Ces initiatives gouvernementales n'ont pas réussi jusqu'à présent à lutter efficacement contre le faible taux de couverture sociale. C'est pourquoi les autorités publiques ont misé sur une stratégie nationale pour atteindre un taux de couverture sociale de 50 % en 2015.

La Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des sénégalais a été élaborée dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) servant de cadre de mise en œuvre de l'AXE III du DSRP[44] 2 (2006-2010). La stratégie d'extension de la couverture maladie a pour but de permettre à chaque sénégalais

[44] Le Document de Stratégie pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté (DSRP) au Sénégal vise à diagnostiquer la pauvreté, adapter une vision et des objectifs stratégiques de même que des stratégies de lutte contre la pauvreté notamment grâce aux 4 axes :

- AXE 1 : création de richesse, croissance pro pauvre ;
- AXE 2 : promotion de l'accès aux services sociaux de base ;
- AXE3 : protection sociale, prévention des risques et gestion des catastrophes ;
- AXE 4 : bonne gouvernance et développement décentralisé et participatif. (Ministère de l'Economie et de Finances) « *Contenu des DSRP 1 et 2 du DPES* », http://www.dsrp-senegal.org/contenu.htm

d'accéder aux soins de qualité quel que soit son niveau de revenu. Elle se fixe comme objectif général l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé et la protection sociale des ménages à travers la couverture du risque maladie. Elle vise aussi trois objectifs spécifiques :

- mettre en place des stratégies de pérennisation des politiques de gratuité ;
- réformer l'assurance maladie obligatoire (IPM) ;
- développer des approches innovantes en matière de mutualisation du risque maladie (CAFSP, 2010).

Un taux de couverture de 46 % de la population, soit 3 146 702 personnes était espéré à l'horizon 2012. C'est dire à quel point cette stratégie montre ces limites puisqu'en 2011, le taux de couverture sociale de la population plafonnait aux alentours de 20 % (cf. annexe 21).

A l'instar des autres pays en développement, le Sénégal n'échappe donc pas aux difficultés économiques fortement liées au manque de structures sanitaires, à la faiblesse de la productivité du travail. La jeunesse de sa population, pouvant pourtant être un atout, ne semble pas suffisante pour palier au manque de main-d'œuvre qualifiée à cause notamment de l'absence ou de l'insuffisance de sa formation.

L'objectif de limiter la forte progression de la dette publique et l'engagement de l'Etat vis-à-vis des bailleurs de fonds pour libéraliser davantage d'économie limitent l'élaboration des politiques sociales en faveur de la santé, de l'éducation pourtant indispensables au développement du capital humain. Le système de sécurité sociale en place, devant jouer un rôle primordial dans l'accès aux services de soins, de prévention, de l'éducation… semble inefficace pour prendre en compte de la grande majorité de la population car conçu à la base pour les travailleurs du secteur moderne, représentant pourtant une minorité de la population active.

§2. Le dispositif formel de protection sociale au Sénégal

L'histoire de la protection sociale au Sénégal débute avec la création du Service social colonial en 1943 sous tutelle du Ministère français des colonies avec un double objectif : lutter contre les répercussions de la guerre sur les populations vivant dans les colonies et intervenir en faveur des populations autochtones (UNICEF, 2009). La création d'un système de sécurité sociale devait pallier à la sécurité naguère assurée par les institutions traditionnelles du milieu d'origine : la famille, le clan, le village etc. Sur le plan économique, ce système visait à stabiliser la main-d'œuvre salariée, présumée être la catégorie de la population la plus apte à réaliser les processus modernes de production et l'accroissement de l'activité économique. Au niveau politique, il avait pour vocation de protéger les travailleurs dits « indigènes » afin qu'ils puissent obtenir les mêmes droits que les travailleurs d'origine métropolitaine (FALL, 2003).

Ce dispositif formel ne couvre que les travailleurs salariés des secteurs public et privé.

I. Les institutions et prestations

Le régime de sécurité sociale du pays est géré par la Caisse de Sécurité Sociale (CSS) et l'Institution de Prévoyance Retraites du Sénégal (IPRES) sous la tutelle du Ministère du travail et de la sécurité sociale (CLEISS, 2011). La CSS et l'IPRES sont complétées par les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) gérant l'éventualité maladie soins médicaux à caractère curatif et préventif (cf. annexe 22).

Les fonctionnaires ne sont pas pris en compte dans le champ d'application de ces trois institutions car bénéficiant d'un statut social englobant une large part de protection sociale prise en charge par l'Etat. Les budgets des départements ministériels et celui des charges communes prennent en charge les prestations familiales appelées prestations court terme. En outre, certains risques sociaux encourus par les fonctionnaires sont pris en charge par l'intermédiaire de compte d'affectation spéciale (notamment de la dette viagère de l'Etat). La retraite ainsi que les autres prestations long terme sont inscrites sur un compte d'affectation spéciale intitulé « Fonds National des Retraites » créé en 1962 (THIAM, 2008).

Pour la présentation de la CSS et de l'IPRES, nous nous appuierons principalement sur des informations recueillies auprès de leurs sites respectifs.

I.1. La Caisse de Sécurité Sociale

Première institution de sécurité sociale mise en place dans le pays, la C.S.S. portait le nom de Caisse de Compensation des Prestations Familiales (CCPF) en 1955 devenue en 1957 Caisse de Compensation des Prestations Familiales et des Accidents du Travail (CCPFAT) (THIAM, 2008). Organisme de droit privé chargé d'une mission de service public, la CSS est un élément essentiel de la protection sociale des travailleurs salariés. Elle gère les branches « Prestations familiales », « Prévention des risques et Accidents de travail ». Représentée sur une importante partie du territoire, elle dispose de 14 agences dans 8 établissements régionaux, 2 centres de protection sociale maternelle et infantile, une clinique dans la région de Dakar (à Guédiawaye) et une antenne du planning familial à Kolda dans le Sud du pays (C.S.S., 2006).

I.1.1. Les prestations familiales

Elles regroupent les allocations prénatales, les allocations maternité, les allocations familiales, les indemnités journalières, l'action sanitaire, sociale et familiale.

- ✓ *Les allocations prénatales*

Est bénéficiaire de ces allocations prénatales toute femme salariée ou conjointe d'un travailleur salarié, toute femme salariée non mariée et toute femme salariée dont le mari n'exerce aucune activité professionnelle. Ces allocations sont dues à compter de la déclaration de l'état de grossesse pour neuf mois. Le bénéficiaire aura l'obligation de déposer ses certificats de visite médicale périodique des 3e, 6e et 8e mois de grossesse sinon perdra le bénéfice de la fraction correspondante. Le paiement s'effectue en trois périodes : 2 mensualités avant le troisième mois, quatre mensualités vers le 6e mois et 2 mensualités vers le 8e mois.

- ✓ *Les allocations de maternité*

Est bénéficiaire de ces allocations toute femme salariée ou conjointe d'un travailleur donnant naissance, sous contrôle médical, à un enfant viable et inscrit à l'état civil.

✓ *Les allocations familiales*

Peut prétendre aux allocations familiales tout travailleur salarié ayant un ou plusieurs enfants à sa charge âgés au moins de 2 ans et au plus 14 ans. La date limite peut être repoussée jusqu'aux 18 ans de l'enfant si ce dernier est placé en apprentissage. Elle peut même atteindre 21 ans si l'enfant poursuit ses études ou s'il ne peut pas poursuivre ses études ou exercer une activité salariée par suite d'une infirmité ou de maladie incurable. Le nombre d'enfants est limité à 6 et le paiement s'effectue chaque trimestre au bénéfice de la mère, du père ou de la personne ayant la charge de l'enfant.

✓ *Les indemnités journalières*

Peut bénéficier des indemnités journalières toute femme salariée pendant la durée de son congé maternité ne pouvant excéder :

- 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement ;
- 8 semaines après l'accouchement ;
- 3 semaines de prolongation en cas de maladie dûment constatée par le médecin traitant et résultant de la grossesse ou des couches.

Elles peuvent être payées selon 4 modalités :

- soit par période de 30 jours ;
- soit à l'expiration de six semaines avant l'accouchement ;
- soit à l'expiration de huit semaines après l'accouchement ;
- soit à l'expiration du congé supplémentaire de 3 semaines.

✓ *L'action sanitaire, sociale et familiale*

La C.S.S. propose des prestations de diverses natures telles que les consultations, vaccination, planification familiale etc. Peuvent prétendre à ces prestations les épouses d'allocataires, les femmes salariées, les enfants d'allocataires, les épouses non allocataires et leurs enfants.

I.1.2. Prévention des risques

Quatre types d'actions sont menés par la C.S.S. pour prévenir les risques d'autant qu'ils sont accentués par la précarité des conditions de travail, l'ignorance des conditions élémentaires d'hygiène etc.

- Conseil auprès des employeurs dans le but de les aider à évaluer les risques existants, de mettre en œuvre les démarches nécessaires et d'utiliser efficacement les moyens de prévention.
- Formation, information et sensibilisation : la C.S.S. anime des sessions dans les entreprises visant à modifier le comportement des travailleurs, à les sensibiliser aux risques encourus et aux mesures nécessaires à la réduction ou à la suppression de ces risques. En outre, elle dispose d'un centre de formation spécialisée dans la prévention des risques et dédiée aux professionnels.
- Aide à la mise en place de comités d'hygiène et de sécurité tout en conseillant les entreprises dans l'achat des équipements.
- Visites de contrôle organisées régulièrement auprès des entreprises permettant de faire des recommandations sur toutes les faiblesses encourues.

I.1.3. Accident du travail

Cette branche regroupe trois types de risques :

- Accident du travail survenu par le fait ou à l'occasion du travail qu'elle qu'en soit la cause ;
- Accident du trajet survenu pendant le trajet d'aller et de retour entre la résidence et le lieu du travail et vice versa, pendant les voyages ou les déplacements dont les frais sont mis à la charge de l'employeur ;
- Maladie professionnelle répertoriée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions prévues dans ledit tableau.

✓ Les bénéficiaires

Peuvent bénéficier de la protection contre les accidents du travail et des maladies professionnelles :

- tous les travailleurs salariés, régis par le Code du travail ou le Code de la marine marchande ;

- les apprentis ;
- les élèves de l'enseignement technique professionnel ;
- les membres de coopératives ouvrières de production, les gérants non salariés et leurs préposés ;
- les PDG et DG des sociétés anonymes et les gérants des SARL, sous certaines conditions ;
- les détenus du régime pénitentiaire exécutant un travail pénal ;
- les assurés volontaires.

✓ *Prestations en nature*

La C.S.S. prend en charge l'intégralité des frais nécessités par :

- les soins médicaux ;
- l'hospitalisation ;
- les frais pharmaceutiques ;
- les frais de rééducation fonctionnelle ;
- les frais funéraires ;
- les protèges ;
- les frais de transport ;
- la réinsertion professionnelle.

✓ *Prestations en espèces*

- indemnités journalières : en cas de cessation du travail, la victime a droit à des indemnités pendant toute la durée de l'incapacité temporaire de travail (ITT), sans distinction entre les jours ouvrables, dimanches ou jours fériés. Cette indemnité journalière est égale à la moitié du salaire journalier pendant les 28 premiers jours de l'arrêt de travail et aux 2/3 du salaire à partir du 29e jour jusqu'à la guérison complète ou la consolidation. L'indemnité est perçue par la victime ou par son employeur s'il lui maintient l'intégralité de son salaire.

✓ *Rente à la victime*

Bénéficie d'une rente tout travailleur salarié atteint d'une incapacité permanente partielle (IPP) ou totale (IPT) à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Cette rente est payée trimestriellement. Elle peut être mensuelle si la victime

ayant 75 % d'incapacité permanente en fait la demande. Elle est obligatoirement mensuelle si l'incapacité est à 100 %. Le montant de cette rente est calculé comme suit :

Montant de la rente = Salaire utile x taux utile. Le taux d'incapacité utile est réduit de moitié pour la partie ne dépassant pas 50 % et augmenté de moitié pour la partie excédant 50 %, le salaire utile étant celui effectivement utilisé pour le calcul de la rente, compris entre un montant plancher et plafond. En 2005, ces derniers s'établissaient respectivement à 895 570 FCFA et 3 590 282 FCFA.

✓ *Rente aux conjoints survivants*

Le conjoint survivant peut bénéficier de cette rente annuelle équivalente à 30 % du salaire annuel de la victime dans certaines conditions. Avant le décès de la victime, il ne doit être :

- ni divorcé ;
- ni séparé de corps ;
- ni condamné pour abandon de famille ;
- ni déchu de la puissance paternelle.

✓ *Rente aux enfants*

La notion d'enfant à charge est celle retenue par la branche des prestations familiales. L'enfant unique perçoit 15 % du salaire annuel de la victime. Cette rente est égale à 30 % et 40 % si le nombre d'enfants est respectivement égal à 2 et 3. A partir du quatrième, chaque enfant supplémentaire donne droit à 10 % supplémentaire de salaire annuel.

✓ *Rente aux ascendants*

Tout ascendant direct de la victime peut bénéficier d'une rente égale à 10 % du salaire annuel sans que le total puisse excéder 30 % du salaire annuel. L'ascendant doit, au moment de l'accident, être à la charge de la victime et ne doit disposer de ressources suffisantes.

✓ *Rachat partiel de la rente*

Tout accidenté bénéficiaire d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle peut bénéficier d'un rachat partiel de la rente s'il a l'accord de l'Inspecteur du travail. Il faut que son taux d'incapacité soit supérieur à 10 % et que le droit de la rente court depuis 5 ans. Le rachat de la rente se fait dans la limite du quart du capital représentatif de la rente pour la portion correspondant à un taux d'incapacité inférieure ou égale à 50 %.

I.2. L'Institution de Prévoyance Retraites du Sénégal (IPRES)

Créée le 27 Mars 1958, l'I.P.R.A.O. (Institution de Prévoyance et Retraite de l'Afrique Occidentale) devient en 1975 l'IPRES et assure le service :

- d'une pension ou allocation de retraite aux anciens salariés ayant cotisé au moins 1 an ;
- des pensions ou allocations de reconversion aux veufs, veuves et orphelins de père ou de mère, à charge en cas de décès d'un salarié ou d'un retraité ;
- d'une pension de solidarité, sous certaines conditions, aux anciens salariés ayant cotisé moins d'un an ou n'ayant pas cotisé.

✓ *Les prestations*

- *Les pensions de retraite*

Est bénéficiaire de cette pension bimestrielle, tout salarié cotisant de l'IPRES âgé de 55 ans à 60 ans et ayant définitivement cessé toute activité salariée. Cette pension peut être versée à partir de 53 ans sur demande d'anticipation des salariés de la liquidation de leurs droits. Dans ce cas, le taux de l'allocation est affecté d'un abattement définitif de 5 % par année d'anticipation.

- *Les pensions de veuve*

Cette pension est versée à la veuve d'un pensionné ou d'un salarié cotisant âgée de 50 ans au moins ou à la veuve ayant deux enfants âgés de moins de 21 ans à charge. Toutefois, la veuve de 45 ans au moins peut demander la liquidation par anticipation de ses droits.

- *Les pensions de veuf*

Elle est versée au veuf d'une pensionnée ou d'une salariée cotisant âgé au moins de 55 ans sans faculté d'anticipation. Toutefois, lorsque le veuf inapte était à la charge de la défunte, la pension est due à partir de 53 ans.

- *La pension d'orphelin*

Elle est versée à l'orphelin d'un pensionné ou d'un salarié cotisant âgé de moins de 21 ans.

- *Le remboursement des cotisations*

Les participants salariés ayant commencé à cotiser après l'âge normal de la liquidation de la retraite et ne pouvant prétendre à aucune allocation ont droit à leur cessation d'activité au remboursement de leurs cotisations personnelles. Les ressortissants des Etats ayant signé des accords de réciprocité en matière de sécurité sociale avec le Sénégal ont droit d'option entre remboursement des cotisations ou la liquidation de leurs droits à une pension.

- *L'allocation de solidarité*

Cette allocation non réversible est versée aux anciens salariés nés avant 1910 ayant cotisé moins d'un an ou n'ayant jamais cotisé pour le régime général. Le salarié doit en plus justifier de 10 ans d'activité salariée. Pour les employés de maison, le bénéfice de la prestation est ouvert aux salariés nés avant 1922 ayant cotisé moins d'un an ou n'ayant jamais aussi cotisé. Le salarié devra justifier de 5 ans d'activité salariale.

- *L'allocation forfaitaire*

Cette allocation forfaitaire est versée aux anciens travailleurs ayant un statut de cadre et ayant atteint l'âge de la retraite au 1er Janvier 1974, ayant cotisé au moins un an ou n'ayant jamais cotisé.

- *Le Fonds social*

L'I.P.R.E.S. dispose d'un fonds social étant utilisé pour l'attribution à titre individuel de secours exceptionnels et éventuellement renouvelables. Les bénéficiaires sont tous les participants actifs ou retraités ou les bénéficiaires de réversion dont la pension est inférieure à un plancher fixé par le conseil d'administration.

I.3. Les IPM

La Loi 75-50 du 03 Avril 1975 confère aux IPM une personnalité morale et une capacité juridique faisant d'elles des personnes morales de droit privé (THIAM, 2008). Le risque maladie n'étant pas garanti par le Code de la Sécurité sociale, les employeurs sont tenus d'affilier leurs salariés auprès d'une IPM pouvant leur assurer la couverture médicale (CLEISS, 2011). La création d'une IMP est obligatoire pour toute entreprise employant plus

de 100 personnes. Pour toutes les autres disposant de moins de salariés, il existe deux possibilités : se regrouper dans une IMP interentreprises ou adhérer dans une IPM autorisée. Les IPM offrent une prise en charge partielle à des taux variables (de 40 à 80 % de couverture) des frais médicaux : consultation, médicaments etc. Elles couvrent 60 000 participants pour plus de 200 000 bénéficiaires. Elles seraient au nombre de 125 basées presque exclusivement à Dakar (à 98 %) (Développement international Desjardins, 2011).

D'après la CAFSP (2010), les IMP sont confrontées à de nombreux problèmes de diverses natures :

- inexistence de contrôle médical, notamment de médecin-contrôle et de conventions des collaborations entre prestations de soins et IPM ;
- dérapage des consommations médicales dû à la fraude des bénéficiaires, des professionnels de santé et à l'absence de médecin-conseil ;
- évasion fiscale des employeurs.

Pour Développement international Desjardins (2010), d'autres limites sont aussi à déplorer notamment :

- la faiblesse de l'information, de la sensibilisation et de la communication ;
- l'inconstance du contrôle et du suivi par la tutelle due au déficit de ressources humaines, financières et matérielles ;
- l'obsolescence de nombreux points du cadre réglementaire ;
- la non effectivité du fonds de garantie prévue par le décret du 14 août 1975 ;
- l'absence d'un organe de coordination ;
- l'absence de formation des acteurs ;
- le problème de gouvernance et de gestion ;
- 30 % des IMP traversent des difficultés financières appelant des redressements rapides.

Le chômage et les indemnités maladie ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale. Aucun dispositif n'existe pour ces deux branches à l'exception des congés de maladies des fonctionnaires financé par le budget de l'Etat (ANNYCKE, 2008).

- Conçu à l'origine pour les travailleurs salariés, le système de protection sociale sénégalais a été par la suite étendu à quelques autres catégories très limitées. Les autres catégories incluent les personnes n'étant pas salariés et qui sont couvertes

par la branche Accident de travail. Les autres personnes, à la charge des travailleurs, incluses dans le régime, couvrent :

- les épouses de travailleur et ses enfants ou ceux de son épouse effectivement à sa charge ;
- les enfants ayant fait l'objet d'adoption légale ;
- les ascendants directs du travailleur, à condition qu'ils soient effectivement à sa charge âgés ou invalides (FALL, 2003).

II. Financement

Le financement de la protection sociale du Sénégal est essentiellement basé sur les cotisations professionnelles. Les taux de cotisations font partie des plus élevés du continent africain. En effet, le taux de cotisations global du salarié non cadre s'élève à 30 % et celui du salarié cadre à 36 % (ANNYCKE, 2008). Les salaires pris en compte dans le calcul des cotisations ne sont pas inférieur au salaire minimum (209,10 francs CFA/heure pour les professions soumises à la durée légale hebdomadaire de travail de quarante heures et 182,95 francs CFA/heure pour les travailleurs relevant des entreprises agricoles et assimilées) (CLEISS, 2011).

***Tableau 28* : Financement de la protection sociale au Sénégal**

BRANCHES	PART EMPLOYEUR	PART SALARIALE	TOTAL	PLAFOND MENSUEL (EN F. CFA)
Prestations familiales	7 %	-	7 %	63 000
Accidents du travail Maladies professionnelles	1 %, 3 % ou 5 % selon risques encourus	-	1 %, 3 % ou 5 %	63 000
Vieillesse (IPRES)	8,4 %	5,6 %	14 %	256 000
Vieillesse complémentaire cadres	3,6 %	2,4 %	6 %	768 000
Maladie (I.P.M.)	3 %	3 %	6 %	63 000

Source : CLIESS (2011), http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_senegal.html

Les régimes d'extension sont auto-financés par les contributions forfaitaires des participants. Tant que la réglementation ne s'adaptera pas aux spécificités du secteur informel, la crainte du sous-financement sera permanente (FALL, 2003).

III. Limites du système

Selon FAYE (2010), de nombreuses insuffisances entravent la capacité des systèmes formels et alternatifs qui peinent à résoudre les besoins multiples de protection sociale et de gestion des risques. En plus d'un problème de confiance dans les systèmes collectifs, les régimes de protection sociale formels et alternatifs seraient confrontés à :

- des problèmes relatifs au manque de transparence ;
- l'adaptation de la protection sociale aux évolutions du salariat ;
- l'accès de tous aux progrès médicaux ;
- les coûts toujours plus importants de la prise en charge médico-sociale ;
- les remboursements insuffisants (en particulier le dentaire, l'optique, les protèges auditives) etc.

Le modèle de protection sociale du Sénégal a été copié sur le modèle français pour des raisons historiques et politiques malgré des caractéristiques socioculturelles et économiques profondément différentes.

Apparu bien avant le XIXe siècle sous des formes très diverses, le salariat s'est généralisé en France avec l'industrialisation et la modernisation de l'agriculture. Déjà en 1851, le taux de salariat y était de 48,3 % pour l'ensemble de la population active (39,4 % pour les actifs agricoles et 59,5 % pour les actifs non agricoles) (MARCHAND, 1998). Aujourd'hui, le taux de salariat est de l'ordre de 90 % (90,7 % en 2010) (INSEE, 2012). Ce régime basé sur le salaire semble mieux convenir à sa population et aux pays ayant des caractéristiques similaires, ce qui est loin d'être le cas du Sénégal. Aussi bien dans le secteur agricole que dans l'économie informelle, le taux de salariat est extrêmement faible. Ces deux catégories de travailleurs majoritaires dans la population active sont particulièrement vulnérables.

Les agriculteurs du pays sont particulièrement vulnérables face à la maladie à cause des conditions de vie difficiles, du taux de prévalence élevé de certaines maladies endémiques comme le paludisme, du faible niveau de scolarisation/alphabétisme/instruction, ces populations étant faiblement touchées par les campagnes d'information, éducation et sensibilisation en matière de prévention du paludisme, des maladies infantiles et des risques

liés à la maternité. 80,3 % de la population rurale n'a aucun niveau d'instruction (d'après le troisième recensement général de la population et de l'habitat – RGPH – 2002, *rapport en décembre 2006*). Ce pourcentage est plus élevé chez les femmes (83,7 %) que chez les hommes (76,7 %). La maladie oblige parfois les agriculteurs à faire l'arbitrage entre le renoncement aux soins et la vente du bétail indispensable à la bonne marche de leurs activités. Faute de moyens, la totalité des médicaments prescrits est rarement achetée et l'utilisation des services de santé limitée. Le faible pouvoir d'achat en matière de soins de santé des agriculteurs et leurs familles a également d'autres conséquences. Il contribue à limiter le recouvrement des coûts des structures sanitaires publiques en milieu rural et aggrave le sous financement chronique du secteur de la santé. L'incapacité des formations sanitaires à recouvrir leurs frais de fonctionnement se traduit par une qualité des soins médiocre (non renouvellement du stock des médicaments par exemple) (Ministère de l'Agriculture du Sénégal, 2007).

Les travailleurs du secteur informel sont confrontés aux mêmes préoccupations d'autant, que les extensions de l'assurance sociale à ces travailleurs n'ont, jusque là, produit que de maigres résultats. Les programmes d'assistance aux indigents se distinguent par leur faiblesse extrême. Les services sociaux pour enfants, limités et fragmentés, dépendent fortement des bailleurs de fonds et des ONG (UNICEF, 2009).

L'exclusion du secteur informel contraste avec le rôle qu'il joue au niveau économique, social et sociétal. Qu'est ce qui explique ce paradoxe ? Une étude approfondie de cette économie formelle peut permettre de comprendre les obstacles relatifs à l'absence de couverture sociale et peut également aider à élaborer un système pouvant prendre en compte sa spécificité.

CHAPITRE V : Etude de terrain

§1. L'Etude du secteur informel

L'étude du secteur informel au Sénégal comme dans toute l'Afrique subsaharienne n'est pas simple à réaliser pour de nombreuses raisons. Selon l'AFRISTAT (2008), quatre types de problèmes peuvent entraver la mesure du secteur informel :

- le financement des enquêtes nationales nécessitant un budget conséquent ;
- dégager un consensus sur les variables caractéristiques du critère d'informalité ;
- s'accorder sur les outils méthodologiques à utiliser ;
- s'approprier les outils et les méthodes mise en œuvre.

Face à ces difficultés, nous nous appuierons sur les enquêtes très détaillées sur le secteur informel réalisées par l'Union Monétaire Economique Ouest Africaine (UEMOA) qui reste à ce jour la référence dans l'Afrique occidentale. L'enquête sur le secteur informel a été menée entre 2001 et 2003 dans les capitales économiques de sept pays de l'UEMOA (Abidjan, Bamako, Cotonou, Dakar, Lomé, Niamey, Ouagadougou). Elle fournit une image détaillée des principales caractéristiques du secteur informel dans les sept villes à partir d'enquêtes menées selon une méthodologie identique, autorisant ainsi des comparaisons précises sur la situation de chaque pays malgré certaines spécificités économiques (UEMOA, 2002). Au Sénégal, pour des raisons pratiques, l'enquête a concerné la seule région de Dakar. La phase 1 portait sur l'étude des conditions d'emploi de la main-d'œuvre. Les 1031 unités issues de la base de sondage (2356 unités) constituées des chefs d'unités informelles, identifiées lors de la phase 1, sont interrogées sur leur mode de production dans la phase 2 (DPS, 2003). Bien que les résultats concernent la région de Dakar, ils peuvent être considérés comme le reflet de la situation nationale, Dakar étant le moteur du pays sur les plans démographique et surtout économique. En effet, selon l'ANSD (2008), la région de Dakar qui s'étend que sur 550 km^2 (soit 0.28 % du territoire national), englobe plus du quart de la population totale (21.4 % en 2007) et presque toutes les grandes entreprises. 75 % des trajets intérieurs de marchandises auraient pour origine ou destination Dakar.

Faute de données plus récentes, nous nous focaliserons sur les aspects financiers, les conditions de travail, ses perspectives d'évolution, notre souhait étant de proposer une couverture maladie pour ces travailleurs et une intégration progressive dans le secteur

structuré (dans le chapitre suivant). L'étude de l'économie informelle va porter aussi sur les enseignements que nous avons tirés de notre séjour au Sénégal en novembre et décembre 2008, au cours duquel nous avons eu un contact direct avec les travailleurs du secteur et les autorités locales. Nous examinerons les enquêtes menées par le biais d'entretiens même si leur portée ne permet pas d'aboutir à des conclusions aussi précises que les enquêtes menées par l'UEMOA.

Avec le Bénin et le Cameroun, le Sénégal complète le trio des pays de l'Afrique subsaharienne ayant les économies les plus informelles (WALTER, 2006). Ce poids considérable de l'économie informelle s'explique par des raisons économiques, démographiques et climatiques. Caractérisé par la faiblesse et l'irrégularité des revenus, le secteur informel joue cependant un rôle moteur au niveau socioéconomique. Malgré cette importance, les travailleurs du secteur sont pour la presque totalité dépourvus de protection sociale moderne.

I. Les facteurs explicatifs de la prolifération du secteur informel

L'extension du secteur informel est principalement imputable à des facteurs économiques, démographiques et climatiques. Les politiques d'ajustement structurel, l'accroissement de la population et l'exode rural constituent les principaux facteurs explicatifs de l'émergence de l'économie informelle.

I.1. Les politiques d'ajustement structurel

Les politiques d'ajustement structurel (PAS) sont des programmes regroupant des conditions posées par le FMI pour le rééchelonnement de la dette des pays en développement dans le but de rétablir les balances commerciale et financière extérieures. Ces programmes préconisaient, dans les années 1980, la baisse des dépenses publiques, les privatisations et la libre circulation des capitaux (La Documentation Française, 2012). Durant les années 1980, face au cycle infernal de l'endettement et la perte de confiance des préteurs internationaux, on assiste à l'intervention massive des organismes multilatéraux conduits par le FMI et la Banque mondiale (BELANGER, 1992). Ces PAS ont eu des effets positifs dans la mesure où, en plus de faciliter le financement des Etats, elles ont atténué avec les privatisations la mauvaise gestion des entreprises publiques et la limitation de la corruption dans les

organismes étatiques. Cependant, les nombreuses conséquences négatives rendent leur bilan mitigé. En effet, les PAS ont eu des répercussions dans tous les domaines créant au passage les conditions d'amplification de l'économie informelle.

Entre 1987 et 1988, les pays sahéliens ayant appliqués les politiques d'ajustement structurel ont subi une baisse du taux moyen de croissance du PNB de 0.53 %, une diminution du niveau de l'emploi et des salaires réels de 16 % et 30 % respectivement. Entre 1980 et 1985, le salaire minimal et le salaire moyen ont baissé de 25 % dans les 2/3 des pays de la région réduisant fortement la capacité des parents à faire face aux besoins d'éducation des enfants. Ceci s'est traduit par une baisse de l'espérance de vie scolaire. Le taux de croissance des filles terminant leur scolarité qui augmentait en moyenne de 2.42 % avant les politiques d'ajustement structurel a baissé de 0.31 % (UNESCO, 1995). La suppression des subventions a entrainé le renchérissement du coût de la vie, du coût du facteur travail et des autres facteurs de production ainsi que du pouvoir d'achat. Dans la zone franc, la diminution ou la suppression des barrières douanières a entraîné une baisse des prix des produits importés augmentant ainsi la concurrence pour les activités locales moins compétitives. C'est ainsi que les activités informelles se développent pour éviter que le chômage ouvert n'atteigne des niveaux intolérables ou qu'une fraction trop importante de la population ne passe en dessous du seuil de pauvreté (CHARMES, 1991).

Le Sénégal a été le premier pays en Afrique subsaharienne à avoir appliqué les PAS. Ayant héritée d'une économie relativement saine pendant les indépendances en 1960, le pays a connu ses premières difficultés à partir de 1971. Entre 1971 et 1986, le PIB a été sept fois en récession. La forte augmentation de la consommation contrastait avec celle de la production. Représentant 99 % du PIB en 1979, la consommation a été supérieure au PIB en 1980 et 1981 entrainant une épargne nationale négative. L'augmentation des importations était plus forte que l'accroissement des exportations (4.1 % contre 2.4 % entre 1965 et 1980). A cela s'ajoutent de graves erreurs de gestion sur l'évolution des finances publiques entre 1973 et 1977. Pour assainir les finances publiques et redresser l'économie, des politiques d'ajustement structurel ont été appliquées avec, en 1979, le Plan de stabilisation à court terme suivi du Plan de redressement économique et financier (1980/1985) et du Plan d'ajustement à moyen et long terme (1986/1992) (DIOUF, 1992). De nombreuses entreprises publiques ont été privatisées, l'Etat se désengageant de plus en plus dans l'économie. Cette libéralisation de l'économie a eu un impact négatif sur l'emploi et la pauvreté. L'effet cumulé des privatisations et la réduction des dépenses publiques a entraîné l'augmentation du chômage rendant encore plus vulnérables les populations les plus pauvres (WALTER, 2006). Le déficit

de formation des enfants, le chômage, les difficiles conditions de vie ont été déterminantes dans l'accroissement du secteur informel.

I.2. L'accroissement démographique et l'exode rural

✓ *Le boom démographique*

Le niveau élevé de la fécondité et la baisse régulière de la mortalité constituent les principaux moteurs de la forte croissance démographique au Sénégal. De 1 130 000 en 1904, la population est passée à 3 000 000 en 1960, 5 000 000 en 1976 et 6 900 000 en 1988 (MBODJ et al, 1992). Dans les années 1970 où les difficultés macroéconomiques s'accumulaient, le taux de fécondité est resté très élevé. De 6.4 en 1970-71, ce taux est passé à 7.1 avant de redescendre en 1986 à 6.6. Il a fallu attendre 1976 pour voir la première expérience de planification familiale. La précocité des mariages constituait aussi un facteur de croissance démographique. L'âge du premier mariage est de 16 ans pour 1986 pour la femme n'ayant aucune instruction, 18,7 ans si elle fréquente l'école primaire et 21,5 ans pour celle ayant fait des études secondaires et plus. Ce boom démographique était aussi marqué par une part de plus en plus importante de la jeunesse au sein de la population. De 50 % dans les années 1960, la part des moins de 20 ans est passée à 53 % en 1975 et 58 % en 1988 (SY NDIAYE, 1992). Une partie significative de cette jeunesse, confrontée aux difficultés sociales, trouve dans le secteur informel un pis-aller afin de faire face à leurs besoins au détriment de la fréquentation scolaire.

✓ *L'exode rural*

Au Sénégal, zone soudano-sahélienne, l'année climatique est divisée en deux saisons : la saison des pluies et la saison sèche, cette dernière étant plus longue : elle s'étale de novembre à avril sur les 2/3 du territoire. Dans la partie méridionale du pays, en Casamance, l'installation de la saison des pluies est plus précoce et la saison sèche moins longue. Depuis les années 1970, la baisse de la pluviométrie a eu des conséquences négatives considérables sur les sols et la végétation (NDONG, 1995). La baisse de la pluviométrie, la dégradation de l'écosystème, les effets de la monoculture sont autant de facteurs ayant influé négativement sur la production agricole. A cela s'ajoute la détérioration progressive de l'attractivité financière du secteur.

En effet, l'agriculture a longtemps été le moteur du développement économique. Après l'indépendance, les choix opérés donnaient la priorité aux cultures de rente (arachide, coton) au détriment des cultures vivrières (HANE et al, 2001). Cette période post indépendance a été favorable à l'agriculture avec des bonnes conditions climatiques et l'introduction de nouvelles semences. Le prix de l'arachide a même augmenté dans les années 1974-1977 avant de perdre 25 % de sa valeur à l'exportation en 1980. La période 1978-1980 fut très difficile pour le secteur agricole d'autant que la production était orientée à la baisse. Le désengagement des sociétés d'encadrement et la baisse des subventions ont contribué à la crise du secteur agricole (RASHKOV, 2001).

La crise agricole et les difficiles conditions du monde rural (rareté de l'eau potable, absence d'infrastructures sanitaires et.) ont entraîné un exode massif des agriculteurs vers les villes. Pas ou peu formés de la plupart, ces jeunes se retrouvent confrontés à la faible capacité d'absorption des secteurs industriels dans le milieu urbain. L'obligation d'envoyer des revenus aux familles restant aux villages et le désir de subvenir à leurs besoins les incitaient à s'auto entreprendre, rejoignant ainsi le secteur informel.

II. Caractéristiques du secteur informel

Le secteur informel est principalement caractérisé par son hétérogénéité et sa vulnérabilité. Cinq critères sont généralement utilisés pour définir l'économie informelle : taille, tenue des comptes, absence de local, paiement de l'impôt forfaitaire, faible accès au crédit bancaire. La faiblesse et l'irrégularité des revenus de même que les conditions de travail précaires décrivent une situation générale masquant de fortes disparités entre hommes et femmes, entre sous-secteurs etc.

II.1. L'hétérogénéité

Le secteur informel n'est pas un bloc homogène. Cette hétérogénéité a été mise en évidence par les enquêtes de l'UEMOA (2001-2002) portant sur les différents sous-secteurs, la main-d'œuvre diversifiée aussi bien dans son temps de travail, la rémunération et la formation.

Hors agriculture, 4 grands secteurs composent l'économie informelle : le « commerce » regroupant 46,5 % des unités de production, l' « industrie » 30,6 % et les « services » 21,3 % (cf. annexe 23). Les commerces informels sont spécialisés dans le

commerce de détail des produits alimentaires (des produits agricoles non transformés dans la moitié des cas), des vêtements et d'autres produits industriels destinés à la consommation des ménages. Dans l'industrie, le secteur informel est spécialisé dans certaines activités particulières : la « confection » et les « BTP » regroupant ensemble près de 50 % des activités industrielles. En ce qui concerne les services, la « restauration » (gargotes et autres marchands de produits comestibles) et les « transports » (autobus, taxi-ville, taxi-brousse, autocars, pousse-pousse, etc.) constituent des activités importantes (39 % des établissements de services informels). Atomisées, les unités de production industrielle (UPI) sont inorganisées. Seules 3 % des UPI appartiennent à une organisation de producteurs ou de commerçants.

La main-d'œuvre des UPI (patrons, indépendants, associés exclus), soit 140 600 personnes est composée de 14,6 % de salariés, 22,6 % d'aides familiaux et de 62,8 % d'apprentis dont 41,8 % sont payés. 76,9 % des UPI sont réduites à une seule personne. Seulement 7,7 % des UPI emploient plus de trois personnes. La taille maximale rencontrée dans l'enquête est de 11 personnes, mais moins de 1 % des UPI ont plus de 8 personnes. Cette main-d'œuvre est faiblement scolarisée avec en moyenne 2,8 années d'études par individu. En revanche, l'expérience professionnelle n'est pas négligeable avec 7,4 années d'ancienneté dans l'emploi.

En moyenne, les actifs du secteur informel travaillent 48,9 heures par semaine. Cependant, seuls 27,4 % occupent un emploi à temps complet (entre 35 et 50 heures hebdomadaires), le temps de travail variant fortement. Ainsi, 16 % des actifs travaillent moins de 25 heures, ils sont deux fois plus nombreux à effectuer plus de 60 heures par semaine (32,4 %).

Lors de l'enquête de l'UEMOA (2001-2002), la rémunération mensuelle moyenne, calculée sur l'ensemble des actifs du secteur informel, est de 64 700 FCFA, ce qui donne un revenu horaire moyen de 308 FCFA (supérieur au taux de salaire horaire minimum qui est de 209.1 FCFA). Ce revenu mensuel moyen cache cependant de fortes disparités. La moitié des travailleurs de ce secteur gagne moins de 23 000FCA par mois. Concernant les rémunérations, 31,7 % des salariés reçoivent un salaire fixe. Alors que 68,3 % sont rémunérés soit à la tache, soit en fonction de la durée de travail, soit par des commissions. La participation aux bénéfices est marginale ; elle ne concerne que 0,1 % de la main-d'œuvre (cf. annexe 24).

II.2. La vulnérabilité

La vulnérabilité du secteur se matérialise principalement par les difficiles conditions de travail, la faiblesse de la rémunération et l'extrême fragilité des femmes. Près de 80 % des UPI sont abritées dans des installations de fortune et n'ont pas accès à l'eau, l'électricité et le téléphone. 91,3 % d'entre elles sont privées d'eau, 78,9 % d'électricité et 92,2 % de téléphone. Moins de 20 % des UPI disposent d'un local spécifique d'activité (ateliers, boutiques, postes fixes sur les marchés publics), 39,6 % exercent à domicile, et 41,1 % ne possèdent pas de local. Environ 53,6 % des « commerces » sont abrités dans des installations de fortune. Pour la « restauration », 46,4 % des unités sont dans la rue, dans des conditions de manque d'hygiène susceptibles d'accroître le risque sanitaire des consommateurs.

Cette vulnérabilité est plus marquante chez les femmes lesquelles occupent 42.4 % des emplois du secteur informel. Elles sont concentrées dans les emplois les plus précaires, notamment parmi les travailleurs à leur compte et les aides familiaux. Elles perçoivent 82,9 % de moins que les hommes qui, cependant travaillent plus (en moyenne 53,9 heures/semaine pour les hommes et 42,2 pour les femmes).

Les règles du droit du travail ne s'appliquent que rarement dans l'économie informelle. Le contrat de travail est rarement écrit, l'accord moral étant suffisant vu les rapports familiaux, amicaux ou de voisinage existant entre employeurs et employés. 85 % de la main-d'œuvre employée dans les UPI bénéficient d'un statut d'employé permanent, au moins 22,9 % des employés se contentent d'un contrat oral c'est-à-dire la parole donnée. Les contrats écrits quelle que soit leur durée ne concernent qu'une minorité de la population (2,3 %). Les travailleurs sans contrat représentent 73,5 % de la main-d'œuvre de ce secteur (cf. annexe 25).

Selon le BIT (2002), la grande majorité des travailleurs du secteur informel est particulièrement vulnérable face aux risques de santé du fait des conditions de travail dangereuses, d'un manque de prévoyance et des revenus faibles et irréguliers. Leur faible niveau d'instruction réduirait considérablement leurs possibilités d'accès à l'information et à la prévention face aux maladies.

Ces modalités d'emplois ne doivent cependant pas masquer le rôle moteur du secteur informel dans l'économie sénégalaise.

III. La place du secteur informel dans l'économie

Depuis les premières périodes d'ajustement structurel, le secteur informel joue un rôle majeur dans la régulation des tensions sociales. Même si leurs productivités sont plus faibles, les entreprises informelles jouissent d'une capacité d'ajustement et d'adaptation plus rapide que les entreprises du secteur structuré (WADE, 2002). Le secteur informel constitue la force motrice de l'économie de part sa contribution dans la création de valeur ajoutée, sa capacité à du travail et des revenus à une catégorie de population souvent pas ou peu formée.

La région de Dakar compte 281 600 UPI employant 434 200 personnes dans les branches non agricoles. La taille moyenne des UPI est de 1,5 emploi par unité. En 2002, ce secteur a produit 508,8 milliards de FCFA de biens et services et a créé 356,3 milliards de FCFA de valeur ajoutée. Sa valeur ajoutée est estimée à 10,7 % du PIB, et 13,1 % du PIB marchand non agricole. Plus de 83 % de la demande qui lui est adressée provient de la consommation finale des ménages. 5 % des UPI payent la patente. Même si la part des impôts et taxes payés à l'Etat reste faible, elle atteint 1,9 % de la valeur ajoutée totale du secteur, ce qui représente des ressources pour les autorités publiques (UEMOA, 2001-2002).

Lors des journées de l'économie sénégalaise de mars 2010 réunissant chercheurs, économistes et professionnels sur des questions de politiques économiques, l'étude sur le secteur informel met en évidence l'apport du « gros informel » mais aussi les difficultés de mesurer sa contribution. Le gros informel contrôle le transport, l'importation de riz et le commerce de gros. Certaines de ses entreprises réalisent des chiffres d'affaires annuels compris entre 300 et 500 milliards de FCFA. Cependant, pour MBAYE, les chiffres déclarés sont cinq fois inférieurs (KA, 2010). Ce sous secteur concurrentiel est complété par le petit informel constitué de petits métiers n'impliquant peu ou pas de capital tels que les cireurs de chaussures et laveurs de voitures et du moyen informel réunissant les entreprises de l'artisanat traditionnel (forgerons, cordonniers, maçons, menuisiers) (FALL, 2003).

- ✓ *Secteur très actif dans la création d'emplois*

Le volume d'emploi du secteur formel stagne depuis 15 ans, ce secteur n'offrant plus d'opportunités significatives. Le secteur informel reste donc le pourvoyeur principal des emplois notamment pour les jeunes. Entre 80 et 97 % la part du secteur informel dans les emplois nouvellement créés (Perspectives Economiques en Afrique, 2012).

<u>Tableau 29</u>: Evolution de la population active occupée par secteur d'activité de 1995 à 2004

Secteur d'activité	Part dans l'emploi 2004 (%)	Croissance annuelle moyenne 1995-2004 (%)	Contribution à la croissance 1995-2004 (%)
Agro-sylvo-pastoral	51.1	1.9	36.1
Pêche	2.3	1.4	1.2
Industrie	13.1	2.6	12.4
Construction	2.1	3.5	2.6
Commerce	19.1	5.9	34.5
Services	8.2	3.7	10.6
APU (y compris éducation et santé)	4.2	1.7	2.6
Secteur formel (1)	6.2	1.1	2.7
Secteur informel (2)	93.8	2.9	97.3

Note : Le secteur formel est défini comme : (a) l'ensemble des unités de production qui possèdent un numéro NINEA ou un numéro de contribuable ou (b) dans le cas des patrons et des travailleurs à leur propre compte, qui tiennent une comptabilité.
Source : Banque mondiale (2007)

Comme le montre le tableau 29, le secteur agro-pastorral représentant plus de la moitié des emplois du pays en 2004 est composé d'une infime partie (moins de 7 %) de travailleurs évoluant dans le secteur structuré, la presque totalité faisant partie de l'économie informelle. Cette situation s'explique surtout par le manque d'opportunités dans le secteur formel mais également par la rigidité de ce marché.

Beaucoup plus nombreux que les travailleurs du secteur structuré, ceux qui évoluent dans l'économie informelle sont confrontés à des difficultés persistantes pour accéder à une couverture sociale efficace.

§2. Protection sociale dans le secteur informel

Au Sénégal comme dans presque tous les pays à faibles revenus, de très nombreux travailleurs du secteur informel ne peuvent ou ne veulent sacrifier une part de leurs revenus pour financer des prestations de sécurité sociale, préférant satisfaire leurs besoins de soins de manière directe, individuelle et non socialisées. Ces besoins immédiats nécessitent beaucoup d'efforts financiers surtout depuis la réduction ou suppression de la gratuité des soins et de l'éducation primaire par les politiques d'ajustement structurel (VAN GINNEKEN, 2004). L'absence de couverture sociale institutionnelle (affiliation à la Caisse de Sécurité Sociale CSS ou à l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal IPRES) découle directement du non-enregistrement du secteur informel.

La protection sociale dans le secteur informel comme pour la grande majorité de la population repose sur une adhésion encore fragile auprès des mutuelles de santé mais reste tournée vers le modèle traditionnel combinant solidarité et pratiques sanitaires parfois dangereuses.

I. Les mutuelles de santé: un potentiel à exploiter

D'après le guide des mutuelles du BIT (2002), les mutuelles constituent un exemple de micro-assurance. Selon l'institution internationale, elles sont principalement caractérisées par :

- une fonction d' « assurance » permettant au souscripteur, en contrepartie de sa cotisation, d'obtenir une garantie de réparation financière (ou de prise en charge) en cas de réalisation d'un risque maladie ;
- une participation financière, les bénéficiaires apportant les contributions nécessaires au financement des prestations ;
- une adhésion non obligatoire ;
- l'exclusion de la sécurité sociale, les bénéficiaires étant au moins en partie exclus des systèmes de sécurité sociale ou ayant des revenus inférieurs au seuil de pauvreté défini au niveau national ;
- l'implication des bénéficiaires dans la gestion ;
- un complément aux systèmes classiques de sécurité sociale, leur création relevant de l'initiative d'opérateurs autres que les initiateurs classiques des systèmes de sécurité sociale.

Les mutuelles fonctionnent selon un certain nombre de principes :

- la solidarité ;
- l'autonomie et la liberté ;
- la poursuite d'un but non lucratif ;
- elles visent à l'épanouissement de la personne, à la responsabilité des membres et généralement à la dynamique d'un mouvement social.

Une mutuelle de santé est donc un système d'assurance volontaire, à but non lucratif, basé sur l'entraide, la solidarité et la prise en charge collective des risques sanitaires. Elle remplit des fonctions d'intermédiation et de couverture des risques associés à la maladie pour leurs membres. Elle a le mode d'organisation et de fonctionnement du mouvement associatif et les principes de l'économie sociale. Ses ressources proviennent presque exclusivement des droits d'adhésion et des cotisations des membres (Ministère de la Santé, 2004). Au Sénégal, les mutuelles sont de deux types : les mutuelles communautaires (mutuelles fonctionnelles: FANDEN/Région de Thiès, OYOFAL PAJ/Kaolack, AAR SA JABOOT/Région de Fatick etc.), et les mutuelles socioprofessionnelles (Mutuelle Sociale des Agents de l'Etat, mutuelles des agents de la douane, mutuelles des agents des parcs nationaux, mutuelle des armées, mutuelle des volontaires de l'éducation etc. (THIAM, 2008).

Selon VAN GINNEKEN (2004), les régimes communautaires présentent trois avantages par rapport aux dépenses et financement personnels :

- les cotisations régulières permettent d'atténuer le problème de l'endettement résultant des frais médicaux élevés ;
- la puissance financière du groupe accroît la capacité de négociation avec les prestataires de soins de santé de meilleure qualité ou d'un meilleur rapport prix-qualité ;
- le groupe peut investir dans la prévention et la promotion de la santé en vue de maîtriser les coûts de services médicaux.

✓ *Naissance et évolution des mutuelles au Sénégal*

D'après le Ministère sénégalais de la Santé (2004), on distingue trois phases dans l'émergence des mutuelles au Sénégal :

- *La première phase : la naissance des premières mutuelles avant 1994*

En 1973, la première mutuelle de santé a été créée par les travailleurs de la SOCCOCIM avant d'être dissoute dès 1975 avec l'avènement des IPM pour être réactiver en 2003 grâce à l'appui de la Mutualité française. La mutuelle de l'armée sénégalaise fut fondée en 1985. Cinq années plus tard fut créée en milieu rural la première mutuelle de santé à Fandène grâce à l'appui du Diocèse de Thiès. Cette expérience rurale en inspira d'autres.

- *La deuxième phase : la diffusion entre 1994 et 1998*

Cette période est marquée par la diffusion de la mutualité vers d'autres régions mais surtout par des actions du programme ACOPAM/BIT. L'approbation de la mutualité conduit à la mise en place de mutuelles s'appuyant sur le capital social et les capacités d'organisation du mouvement associatif dans la région de Dakar : enseignants, groupements féminins, etc.

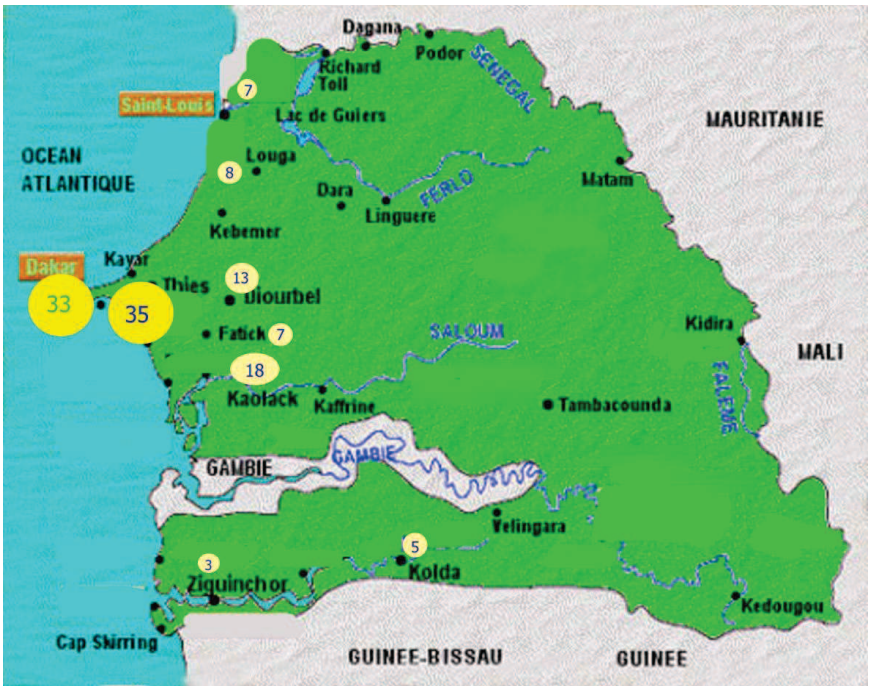
- *La phase d'engagement à partir de 1998*

Cette phase est marquée par un engouement très significatif des populations, des organismes de développement et des pouvoirs publics. STEP/BIT[45], PHR[46], PROMUSAF, GTZ et ENDA-GRAFF furent des vecteurs déterminants dans l'accessibilité de l'information relative à la mutualité à travers des brochures, des manuels, des ateliers de formation etc. Le processus de structuration était lancé et se traduisait par l'accélération du développement des mutuelles de santé. De 1999 à 2003, le nombre de mutuelles est passé de 12 à 52 dans la région de Dakar. Dans la région de Thiès, 20 mutuelles supplémentaires furent créées dans la région de Thiès entre 2000 et 2003 portant le total à 39.

[45] STEP/BIT : Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté financé par le BIT
[46] PHR : Partnerships for Health Reform financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID)

En 2009, on recensait 164 mutuelles de santé au Sénégal dont 149 communautaires et 15 socioprofessionnelles. Ces mutuelles sont inégalement réparties sur le territoire national. Les régions de Dakar et de Thiès regroupent à elles seules presque la moitié de l'ensemble des mutuelles (48 %) (Développement international Desjardins, 2011). Les mutuelles couvrent moins de 4 % de la population totale, 27 % des assurés et dispensent de moins de 10 % des prestations (cf annexe 26) autant dire qu'elles sont encore loin de représenter une alternative pour les travailleurs du secteur informel.

Graphique 10 : Répartition géographique des mutuelles au Sénégal



Source : CAFSP (2010)

En plus de cette inégale répartition, les mutuelles sont confrontées à de nombreuses difficultés limitant leur attractivité et leur capacité à couvrir une partie significative de la population. Ces problèmes peuvent, selon DIONGUE (2008), être résumés ainsi :

- insuffisance de l'environnement juridique du développement des mutuelles,
- faible taux de pénétration des mutuelles communautaires,
- faiblesse de la capacité contributive des membres,
- faible capacité en gestion administrative et financière des administrateurs,

- étroitesse des bases d'implantation des mutuelles de santé,
- faible taux de recouvrement des cotisations.

Confrontées à de faibles niveaux d'adhésion, ces mutuelles comptent dans leur grande majorité moins de 1000 bénéficiaires. Cette lente dynamique d'adhésion s'explique par le fait que les individus préfèrent s'assurer du bon fonctionnement de la mutuelle avant d'y adhérer. Avec généralement des individus au profil socioéconomique similaire notamment des catégories aux revenus faibles, l'homogénéité de ces mutuelles entravent la solidarité verticale (entre riches et pauvres) et influe négativement en termes de diversification des risques. La gestion de ces mutuelles comporte aussi des insuffisances significatives. Elle est souvent confiée à des élus bénévoles peu formées dans leur grande majorité et pas toujours disponibles alors que structures d'appui se focalisent dans la phase de création et ne perpétuent pas leurs efforts dans l'accompagnement des mutuelles. Les rapports entre les mutuelles de santé et les prestataires de soins sont inégaux et favorisent les seconds. Cela empêche parfois les mutuelles à exercer certaines fonctions relatives à l'amélioration de la qualité des soins ou au contrôle de certaines pratiques telles que la corruption (FONTENEAU, 2008). Plus de 43 % des membres quittent ces mutuelles par radiation, suspension ou auto radiation (Développement international Desjardins, 2011).

Malgré toutes ces insuffisances, les mutuelles de santé restent à ce jour l'opportunité la plus significative pour permettre aux catégories défavorisées et aux travailleurs du secteur informel d'accéder à la couverture médicale. De profondes réformes impliquant fortement les pouvoirs publics dans l'accompagnement pourraient leur faciliter l'exercice de leurs missions. Cependant, il en faudra certainement davantage pour convaincre la grande majorité des travailleurs du secteur informel à solliciter une couverture maladie. C'est pourquoi, dans la section suivante, nous échafauderons un système que nous estimons apte à emporter l'adhésion du plus grand nombre. Il semble urgent de trouver une solution durable aux difficultés d'accès des soins. A part le peu de travailleurs disposant d'une mutuelle de santé, la majorité compte sur la solidarité et l'entraide ou adopte des solutions susceptibles de compromettre davantage leur état de santé.

II. Le système traditionnel de solidarité

La solidarité désigne l'existence de liens sociaux se manifestant par des comportements de coopération et d'entraide entre membres d'un groupe. Elle se présente sous deux principales formes : les formes traditionnelles et les formes institutionnelles, ces dernières étant généralement représentées par le système de sécurité sociale. Devant la faiblesse de la solidarité institutionnelle, la solidarité traditionnelle essaie de palier aux insuffisances du système formel en proposant une distribution verticale basée sur d'autres critères. En plus d'une fonction économique reposant sur le partage des revenus, la solidarité traditionnelle a une dimension symbolique et sociale. Elle se réfère à des sacrifices et à des dons en vue d'une rétribution ultérieure. En outre, elle tend à raffermir les liens, à exprimer une identité ou une appartenance (DIME, 2007). Au Sénégal, cette solidarité s'appuie principalement sur la cellule familiale, le voisinage et les relations amicales. Lors de l'Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS) 2005-2006, 78,2 % des sénégalais déclaraient solliciter leur famille en cas de difficultés. Une bonne proportion continue à demander de l'aide auprès de leurs voisins (29,0 %), amis et relations (34,0 %) alors que peu d'entre eux font appel aux ONG (1,6 %) lorsque des difficultés surviennent (ANSD, 2007). Eu égard la prédominance des sollicitations interfamiliales en cas de survenance d'un risque social, nous nous focaliserons sur la solidarité familiale bien que voisins et amis jouent un rôle non négligeable dans le registre de l'entraide.

- ✓ *La solidarité familiale*

Les structures familiales se caractérisent traditionnellement par l'importance et la prégnance de la solidarité. L'entraide au sein des membres de la famille a longtemps fonctionné comme un dispositif formel de sécurité sociale protégeant les membres contre les aléas de la vie. Cette solidarité familiale joue un rôle d'amortisseur des chocs sociaux (DIME, 2007). Au Sénégal, vu le nombre de chômeurs, de sous employés, la précarité des secteurs agricole et informel, la réussite d'un membre doit profiter à toute la famille. Ce dernier se doit de répondre aux sollicitations pour jouer pleinement ce rôle. Cette responsabilité sociale n'est pas toujours considérée comme un fardeau. Elle donne un statut particulier au donateur, une place dans la société, l'estime de ses pairs, une fierté pour le clan et même au delà. Les fonctionnaires, les salariés du privé, une partie des travailleurs du secteur informel et surtout les sénégalais vivants à l'extérieur constituent les principaux acteurs sur lesquels reposent ces

donations intra familiales. A l'image de la population la plus vulnérable, nombreux sont les travailleurs du secteur informel ayant recours aux soutiens familiaux pour faire face aux dépenses vitales et celles faisant suite à la survenance d'un risque social.

Cette solidarité trouve toutefois ses limites. Elle se révèle de moins en moins efficace notamment en raison du contexte affectant toutes les composantes de la cellule familiale, rendue plus vulnérable par la crise économique. Les jeunes restent en situation de chômage plus longtemps que leurs aînés, ce retard à l'entrée dans la vie active freinant leur autonomie financière. Les femmes sont de plus en plus sollicitées économiquement, ne se cantonnant plus au rôle traditionnel que leur donnait la société. Elles participent activement aux dépenses de la famille si elles ne sont pas le pourvoyeur principal des ressources (ANTOINE et A. S. FALL, 2002). D'après l'ANSD (2007), plus de 20 % des ménages sénégalais sont dirigés par des femmes. Cette situation s'expliquerait par le divorce, le veuvage mais aussi par certains effets de la polygamie. La moitié des femmes mariées seraient en unions polygamiques et chacune d'elles a près de trois coépouses (2,7). Avec les nombreuses charges de l'époux, la femme est souvent amenée à travailler pour s'occuper de ses propres enfants.

L'augmentation permanente des dépenses du quotidien limite les possibilités d'entraide. A ces éléments s'ajoutent les mutations de la société sénégalaise (citadine notamment) tendant vers l'individualisme considéré jusque là comme un phénomène occidental. Le chef de famille aisé est souvent confronté à des dépenses élevées en termes d'éducation pour ses enfants préférant poursuivre leurs études en Europe ou en Amérique du Nord ou dans les grandes écoles locales. La grande famille qu'a toujours connue l'Afrique « se rétrécit » en se recentrant de plus en plus autour des parents et des enfants. Ce phénomène, lié à l'urbanisation et à une universalisation de la culture de plus en plus marquée, semble irréversible, ce qui ne laisse pas entrevoir un nouvel élan de la solidarité locale. Elle a aujourd'hui manifestement atteint ses limites. Bien qu'encore indispensable, elle risque d'être confrontée à des difficultés encore plus significatives dans le futur.

III. Solutions alternatives

Les insuffisances de la solidarité incitent à trouver d'autres voies : la médecine traditionnelle étant pour certains plus qu'une solution de recours, l'automédication principalement.

III.1. La médecine traditionnelle, un palliatif peu onéreux

Au Sénégal, à l'image des autres pays de l'Afrique Occidentale, coexistent plusieurs systèmes thérapeutiques issus de diverses influences culturelles et religieuses. La médecine traditionnelle, correspondant à l'univers thérapeutique non occidental, regroupe une diversité de pratiques n'appartenant pas à un champ conceptuel uni. Il est d'ailleurs plus judicieux de parler de médecines traditionnelles partageant certes une même approche de la maladie mais très différentes de par leurs systèmes de représentations, des sources de savoirs et des techniques thérapeutiques hétérogènes. Ces médecines traditionnelles ne traitent pas les pathologies uniquement dans leur dimension biologique. Elles replacent également la maladie dans le cadre d'événements passés, d'histoires familiales non résolues etc. Le savoir thérapeutique, inné, révélé ou acquis, est secrètement gardé (FRANCKEL, 2007).

La médecine traditionnelle n'est pas qu'un recours par défaut. Elle peut compter sur des adeptes de classes sociales distinctes. Moins onéreuse que la médecine occidentale, elle attire cependant davantage de patients aux revenus modestes. En plus d'être plus accessible, elle offre des facilités de paiement pouvant convenir à la majorité de la population. Le tradipraticien, généralement appelé guérisseur, peut réclamer sa paie qu'après la guérison complète de la maladie ou la consolidation de la blessure. Il n'est pas rare qu'il demande 5 francs pour le symbole, à charge pour le patient de le rémunérer par la suite à la hauteur de ses capacités. D'autres guérisseurs se contentent de faire des recommandations tels des sacrifices (préparation d'un plat offert aux nécessiteux ou aux enfants) ou tout simplement de demander un vêtement ou d'autres gratifications n'affectant pas la situation financière du patient. Légitime auprès d'une partie très significative de la population, la médecine traditionnelle bénéficie de plus en plus du soutien des pouvoirs publics œuvrant pour une meilleure organisation des ses spécialistes. Des structures, à l'image du centre Malango de la ville de Fatick, ont été créées afin de leur doter un cadre formel et participer à la professionnalisation de cette médecine encore « informelle ». Toutefois, l'absence de réglementation met en évidence les insuffisances de cette médecine « infiltrée » par de nombreux faux guérisseurs

appelés charlantans. La formation des tradipraticiens n'étant pas diplômante, la difficulté de dissocier le vrai guérisseur du charlatan demeure une réelle préoccupation. Ce dernier ne disposant pas du savoir nécessaire, peut nuire à l'intégrité physique du patient. Le mélange des plantes ou de la poudre de manière anarchique peut dégrader l'état de santé de la victime déjà fragile. Le risque sanitaire, bien que considérable, n'est pas la seule conséquence dommageable, l'objectif majeur du charlatan étant d'abord de maximiser ses gains. Vulnérables, ces patients sont parfois amenés à vendre leur maigre patrimoine ou s'endetter pour répondre aux sollicitations du faux guérisseur.

Suite à des publicités trompeuses de nombreux charlatans au niveau des média locaux, les guérisseurs sénégalais, encadrés par l'Association pour la promotion de la médecine traditionnelle, exigeaient depuis 2004 une loi réglementant la profession. Cette loi allait permettre la mise en place du Conseil national des tradipraticiens (CNT) qui aurait pour mission de prendre en charge les conseils d'éthique, de déontologie et de reconnaissance des tradipraticiens (FAYE, 2004). Depuis 2005, le projet de loi portant réglementation de la médecine traditionnelle a été introduit à la première Chambre du Parlement sans jamais avoir soumis au vote (SIDY, 2011).

III.2. L'automédication, une voie dangereuse

L'automédication moderne, consistant à l'auto administration par les populations des médicaments modernes, est une démarche thérapeutique très fréquente dans le pays surtout dans le monde rural. En cas de fièvre, l'automédication constitue le premier mode de recours aux soins (BAXERRES et Le HESRAN, 2006). La pauvreté, la perception banalisante de la maladie, la précarité financière, l'accessibilité des médicaments du marché parallèle sont autant de facteurs pouvant expliquer ce phénomène très répandu (FAYE et al, 2004). Cette pratique comporte pourtant des risques colossaux pour diverses raisons. Elle entraîne l'utilisation des médicaments du marché parallèle représentant un véritable danger public, ce que de nombreuses études ont mis en exergue.

Dans le but d'apprécier l'importance de la vente de médicaments du marché parallèle, SOW, N'GUEYE, BADIANE, TOURE et BA (1999) ont fait une enquête portant sur le traitement de l'écoulement urétral dans la région de Dakar. L'enquête s'est déroulée du 13 février au 6 mars 1997 dans 50 lieux de vente répartis dans différents quartiers populaires de la région. 88 % des médicaments recueillis auprès des vendeurs seraient vendus en vrac. L'analyse de ces médicaments révélait un danger réel pour les utilisateurs. La date de

péremption manquerait dans 90 % des cas, la posologie et la durée du traitement n'étant correctes que dans 6 % des cas. 53 % de ces médicaments auraient un aspect anormal et dans 85 % des cas, les médicaments seraient exposés au soleil.

En dehors de ces problèmes liés à une mauvaise utilisation, aux conditions de conservation dangereuses, les individus ayant recours à l'automédication risquent d'acheter dans le marché parallèle des produits contrefaits. Ces médicaments sont délibérément et frauduleusement munis d'une étiquette n'indiquant pas son identité et/ou sa véritable source. Leur utilisation est non seulement inefficace mais comporte aussi des effets nuisibles pour le consommateur. Dans les cas extrêmes, de graves effets sur la santé ou l'aggravation des pathologies traitées peuvent survenir à cause des éléments nocifs qu'ils contiennent. En outre, les médicaments contrefaits peuvent entamer la confiance que le public place dans les systèmes et les professionnels de la santé, les fournisseurs et les vendeurs de médicaments authentiques, l'industrie pharmaceutique et les autorités de réglementation nationales (DIENG, 2001).

En dehors de la médecine traditionnelle et de l'automédication, d'autres comportements sont aussi adoptés dans la société sénégalaise parmi lesquels on peut citer le fractionnement des ordonnances consistant à acheter une partie de l'ordonnance privilégiant généralement les médicaments les moins chers. L'absence de thérapie demeure également un moyen de faire face à la mauvaise santé pour de nombreux individus.

§3. Analyses des enquêtes et entretiens réalisés

I. Objectifs des enquêtes et justification des choix

I.1. Objectifs visés

Désirant proposer une couverture maladie pour le secteur informel, nous sommes partis au Sénégal avec des questionnaires déjà préparés avec l'ambition de rencontrer le plus grand nombre de travailleurs de l'économie informelle afin de collecter des données représentatives. Ce rapport direct avec les travailleurs nous paraissait indispensable pour mieux interpréter les résultats des enquêtes de l'UEMOA mais surtout comprendre les obstacles expliquant cette absence de couverture sociale. Nous avons choisi de concentrer nos recherches sur quatre sous-secteurs de l'économie informelle : maçonnerie, menuiserie, couture et commerce. Ces quatre domaines regroupent de très nombreux entrepreneurs et travailleurs indépendants ayant une bonne situation financière avec parfois des revenus largement supérieurs à ceux des fonctionnaires moyens. Le choix de ces quatre sous secteurs est également dicté par le fait que les deux premiers sont très accidentogènes et les deux derniers majoritairement composés de femmes. Les maçons, menuisiers et tailleurs, avec qui nous nous sommes entretenus, étaient exclusivement avec des entrepreneurs disposant d'employés et d'apprentis. En ce qui concerne les commerçants, ils étaient tous travailleurs indépendants.

I.2. Le choix des villes

Etant donné que les enquêtes de l'UEMOA s'étaient limitées à Dakar, nous avons voulu y entamer nos recherches avant de les poursuivre à l'intérieur du pays notamment à Kaolack et à Fatick. Ce choix s'est opéré d'une part en raison de notre origine et de notre connaissance de ces trois centres urbains. Ayant vécu pendant 25 ans dans ces trois villes, nous pensions pouvoir y soumettre nos questionnaires sans difficultés particulières.

✓ *Dakar*

Nous avons focalisé nos enquêtes dans le département de Pikine sur l'axe Thiaroye sur mer et Mbao, notamment dans les communes d'arrondissement de Sicap-Mbao/Diamagène, les quartiers Tivaouane, cité Mandela, Forail, Dianguo Bar. Relativement éloignés de Dakar ville, ces quartiers populaires réunissent une jeunesse fortement tournée vers le secteur informel. A l'image des autres quartiers de la banlieue, ils sont surpeuplés et dépourvus d'infrastructures surtout dans le domaine éducatif. L'étude de cette zone nous paraissait très intéressante dans la mesure où le plus grand marché de bovin de la capitale (et sans doute du pays) se trouve à Forail et représente la principale source de revenus pour une partie significative des habitants des localités environnantes. De tout jeunes hommes arrivent à gagner des sommes conséquentes avec la vente de foin ou en tant que commis auprès des vendeurs d'animaux. Dès lors, il n'est pas rare qu'un élève de l'école primaire soit tiraillé entre la poursuite des études ou le travail au marché. Une partie significative des jeunes essaie de concilier les deux activités compromettant fortement leur chance de réussite scolaire dans cette zone géographique où l'échec est déjà très élevé.

✓ *Kaolack*

La région de Kaolack a toujours été l'une des plus peuplées et des plus dynamiques du pays. Avant le découpage administratif de 2008[47], elle s'étalait sur environ 4 927 km^2 pour 750 853 habitants. Après s'être séparée des départements de Kaffrine et Koungheul, elle occupe désormais 2.5 % du territoire sénégalais (ANSD, 2009). L'économie est dominée par l'agriculture (arachide, niébé, pastèques), l'élevage, la pêche, l'exploitation forestière. 75 % de la population vit des activités agricoles. La région (et notamment la ville de Kaolack) fait partie des plus industrialisées du pays avec l'implantation de plusieurs industries telles que la SONACOS, les Salins du Saloum, ISENCY etc. (ANSD, 2007). La ville de Kaolack, situé à 192 kms au Sud-est de Dakar, grand carrefour au point de convergence du fleuve, du rail et de la route, domine de par la diversité de ses équipements (administratifs, sociaux, éducatifs, commerciaux). Elle joue un rôle majeur dans le commerce national et le transport. La ville possède, en effet, un des marchés permanents les plus dynamiques en Afrique de l'Ouest, polarisant l'espace régional, les villes (Fatick, Diourbel) et les pays limitrophes (Gambie,

[47] Décret n°2008-1025 du 10 septembre 2008 (JO N°6446 du mercredi 31 décembre 2008N-S), http://www.jo.gouv.sn/spip.php?article7213

Mali, Guinée Bissau, la République de Guinée) (BADIANE, 2004). A l'image des autres grandes villes, le secteur informel y est fortement représenté. C'est la ville où sont nés les mototaxis, phénomène très répandu aujourd'hui dans l'ensemble du territoire national. La ville demeure néanmoins un foyer d'épidémies récurrentes avec une forte pollution mais surtout une insalubrité remarquée, les canaux à ciel ouvert favorisant la prolifération des moustiques, du paludisme ainsi que d'autres maladies liées à la saleté.

Dans la ville de Kaolack, nous avons focalisé nos recherches autour des quartiers de Sara Ndiougary et Kasaville et au marché central.

- ✓ *Fatick*

La région de Fatick comptait 663 837 habitants en 2006. L'activité économique est dominée par l'agriculture notamment la culture de l'arachide, l'élevage et la pêche mais aussi le tourisme dans les îles du Saloum (ANSD, 2012). Cette région se caractérise par l'absence d'infrastructures dans de nombreux domaines et particulièrement dans le secteur sanitaire. En 2007, d'après l'ANDS (2008), on comptait :

- un seul hôpital pour toute la région ;
- un centre de santé pour 112 581 habitants ;
- un poste de santé pour 8 237 habitants ;
- une case de santé pour 2 282 habitants ;
- un médecin pour 51 960 habitants ;
- un dentiste pour 135 097 habitants ;
- un infirmier diplômé d'Etat pour 12 508 habitants ;
- une sage femme d'Etat pour 8 266 femmes en âge de reproduction.

Seulement 13 % des ménages accès à l'électricité. 72 % de la population aurait recourt aux dépotoirs sauvages comme mode d'évacuation des ordures ménagères et 31 % des ménages ne disposerait d'aucun moyen de production. D'après l'ANSD (2012), la région de Fatick est l'une des plus rurales du pays avec un taux d'urbanisation de 12,6 % en 2006, de moitié inférieure à la région de Kaolack et négligeable comparé à Dakar. Déjà en 2002, la région de Dakar présentait un taux d'urbanisation de 97.16 %.

La ville de Fatick, située à 155 kms de la capitale sénégalaise sur l'axe Dakar-Kaolack, présente un secteur informel assez différent de par sa composition. Beaucoup moins développée économiquement, la ville dispose de moins de travailleurs de l'économie informelle de subsistance. On note cependant un certain dynamisme dans l'artisanat

traditionnel. En 2007, le nombre d'artisans inscrits à la chambre de métiers s'élevait à 4118, chiffre largement sous-estimé (ANSD, 2008).

II. Méthodologie

Afin de réaliser des enquêtes auprès des travailleurs du secteur informel, nous avons préparé un questionnaire à soumettre aux chefs d'entreprise et aux travailleurs indépendants. Souhaitant aussi rencontrer les autorités locales dans le but de connaitre d'éventuelles nouvelles mesures concernant la protection sociale des travailleurs du secteur informel, nous avons sollicité des rendez-vous depuis la France.

II. 1. Le questionnaire

Nous avons voulu utiliser une approche directe comme méthode d'enquête. Le questionnaire que nous avons élaboré en France comprenait respectivement 19 questions pour les chefs d'entreprise et 16 pour les travailleurs indépendants (cf. annexes 27 et 28). Il a été structuré en trois rubriques :

- l'identification (sexe, âge, secteur d'activité, situation familiale) ;
- l'arrêt de travail et ses conséquences (maladie, accidents de travail, grossesse, recours aux soins etc.)
- les perspectives d'avenir.

L'hétérogénéité très significative des commerçants nous a conduit à formuler la question sur les perspectives d'avenir sous forme de question ouverte. Ce questionnaire a été testé dès notre arrivée sur place à Diamaguène dans la banlieue de Dakar auprès de six travailleurs du secteur informel pour corriger d'éventuelles imperfections.

L'administration du questionnaire ne fut pas aussi facile que nous l'imaginions. Il est apparu que mener une enquête aussi ambitieuse que celle que nous souhaitions exigeait des moyens matériels et financiers considérables et beaucoup de temps pour instaurer la confiance.

II.2. Difficultés rencontrées

Accompagné d'un étudiant de gestion de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar, nous avions décidé de soumettre les questionnaires séparément. Les premiers contacts avec

les travailleurs de l'économie informelle ne furent guère encourageants. En effet, si l'accueil fut presque toujours très chaleureux, la vue des questionnaires entraînait à chaque fois un changement d'attitude immédiat. Très méfiants, les travailleurs du secteur informel, que nous avons rencontrés en premier, appréciaient modérément de nous voir cocher par écrit leurs réponses surtout celles évoquant de près ou de loin l'aspect financier. Méconnus des services administratifs, aborder leur possibilité financière demeure tabou de peur d'être obligé de payer des impôts. En plus, même s'il est courant de manifester des signes extérieurs de richesse et de susciter l'admiration, parler de sa situation financière n'est paradoxalement pas apprécié dans la société sénégalaise et est souvent assimilé à de la vanité. En outre, un tel étalage risque de susciter de la jalousie et engendrer le mauvais sort, source de malédiction. Malgré les explications leur assurant que nous ne travaillions pour aucune administration et que l'anonymat était de rigueur, la grande majorité de ceux que nous avions rencontrés restait sur la réserve en répondant avec une prudence qui n'arrivait pas à dissimuler les biais.

La plupart des rendez-vous pris auprès des autorités n'ont pas eu de suite. Néanmoins, nous avons pu rencontrer Dr THIAM, Inspecteur du Travail et de la Sécurité Sociale, Chef de la Division de la Sécurité Sociale, Expert en Protection Sociale qui nous a bien aidés pour la suite de la mission.

Ces difficultés imprévues nous obligeaient à modifier notre programme avec quelques ajustements concernant la méthode d'enquête.

II.3. Changement de méthodes

Nous avons donc décidé de soumettre le questionnaire à ceux disposés à répondre et de changer de méthode auprès de ceux ne souhaitant pas voir leurs réponses notées sur papier. Pour ces derniers, nous avons procédé à des entretiens semi-directifs. Cette forme d'interview a eu plus de succès que le questionnaire, ces discussions « informelles » ayant véritablement libéré la parole. Nous sommes parfaitement conscient que l'information recueillie par ces entretiens est, d'un point de vue qualitatif en retrait sur les résultats escomptés des questionnaires. C'est pourquoi les analyses que nous ferons de ces interviews ne sauraient en aucun cas être considérées comme scientifiques. Les contenus peuvent néanmoins apporter un complément d'information instructif pour dégager une tendance sur le comportement de ces travailleurs face à la santé. Ce rapport direct avec les travailleurs de l'économie informelle a

permis non seulement de collecter des informations complémentaires mais aussi de mieux comprendre le contenu des enquêtes nationales et internationales portant sur cette thématique.

Grâce à ces deux méthodes nous avons pu rencontrer :

- 17 maçons, 12 menuisiers, 14 tailleurs ainsi que 25 marchands à Dakar ;
- 18 maçons, 11 menuisiers, 9 tailleurs et 17 marchands à Kaolack ;
- 12 maçons, 7 menuisiers, 7 tailleurs et 14 vendeurs à Fatick.

***Tableau 30** : Enquêtes réalisées à Dakar*

	Menuisiers	**Maçons**	**Tailleurs**	**Commerçants**
20 – 30 ans	25 %	29 %	57 %	40 %
30 – 50 ans	58 %	53 %	36 %	36 %
Plus de 50 ans	17 %	18	7 %	24 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Dakar, Novembre – Décembre 2008

***Tableau 31** : Enquêtes réalisées à Kaolack*

	Menuisiers	**Maçons**	**Tailleurs**	**Commerçants**
20-30 ans	18 %	27,5 %	56 %	35 %
30-50 ans	64 %	45 %	22 %	47 %
Plus de 50 ans	18 %	27,5 %	22 %	18 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Kaolack, Novembre-Décembre 2008

***Tableau 32* : Enquêtes réalisées à Fatick**

	Menuisiers	**Maçons**	**Tailleurs**	**Commerçants**
20 – 30 ans	28,5 %	25 %	57 %	50 %
30 – 50 ans	43 %	66,5 %	28,5 %	35,5 %
Plus de 50 ans	28,5	8,5 %	14,5 %	14,5 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Fatick, Novembre-Décembre 2008

Nous avons rencontré 56 commerçants dont 23 marchands ambulants. Ces derniers, exclusivement de sexe masculin, étaient âgés de moins de 30 ans. Ils constituent la seule catégorie ayant tous accepté de répondre à notre questionnaire sans grande difficulté.

	Part en %
Boutiquiers	59 %
Marchands ambulants	41 %
Total	100 %

III. Contenus des entretiens et des réponses aux questionnaires

Le questionnaire n'a pas eu le succès espéré, plus des 2/3 des réponses ont été obtenus grâce aux entretiens. Nous focaliserons l'analyse des résultats autour de ces derniers. La diversité des réponses a confirmé que ce secteur très hétérogène ne saurait être appréhendé globalement. Nous avons cependant noté un point commun à tous les sondés : le manque d'informations. Sur les questions qui nous préoccupent particulièrement à savoir l'attitude des travailleurs en cas de survenance du risque maladie et sur les perspectives d'avenir des travailleurs indépendants, nous avons noté des points de convergence intéressants.

✓ *Le manque d'informations et d'encadrement*

Aucune des personnes interrogées ne connaissait le rôle, l'intérêt ou le fonctionnement d'une mutuelle de santé. Les rares individus qui semblaient avoir des notions parlaient systématiquement des mutuelles de crédit. Ce manque d'informations découlait d'une publicité des mutuelles inadéquate parce que basée pour l'essentiel sur des supports inaccessibles, les plaquettes et affiches n'ayant pas généralement d'effets sur cette cible peu ou pas instruite. Pas un seul travailleur enquêté n'a été convié à une réunion d'informations ou été contacté par une mutuelle de santé.

✓ *En cas d'arrêt de travail*

En souhaitant savoir comment les enquêtés faisaient face à la maladie et aux accidents de travail, nous avons pointé une banalisation de ces risques qui semble traduire une grande fatalité. La maladie semble pourtant les côtoyer de très près puisque plus de la moitié des interviewés ont déclaré avoir été malades au moins une fois au cours de l'année. Cette proportion significative ne signifie cependant pas autant d'absence au travail. Nous avons enregistré des arrêts maladies seulement dans 10 % de cas, le fait de travailler en « petite santé » étant très fréquent.

Concernant les accidents de travail, à part les tailleurs en subissant qu'occasionnellement et sans gravité, les chefs ont dans leur grande majorité a enregistré au moins un accident au cours de l'année 2008, sans gravité dans la plus part des cas. Ces accidents seraient liés au manque de matériels de protection certes mais concernaient essentiellement les apprentis parfois pas assez expérimentés et surtout téméraires. L'expérience des emplois serait le moyen le plus efficace pour éviter les incidents graves.

Quelle que soit la raison de l'arrêt maladie, nous avons remarqué une réelle différence entre les répercussions financières, le recours en termes de soins entre chefs d'entreprises et travailleurs indépendants mais aussi entre ces derniers. Les travailleurs indépendants constituent un groupe très hétérogène. Les commerçants possédant des boutiques et disposant des chiffres d'affaires plus conséquents cohabitent avec des marchands ambulants vendant toute sorte de produits.

- Pour les chefs d'entreprise

Ils sont en général artisans et exercent leur métier depuis leur enfance, métier qu'ils ont hérité de leurs parents pour certains. Les employés sont en général les anciens apprentis ayant acquis suffisamment d'expérience pour être autonomes. Ils sont en attente d'acquérir la « bénédiction » et l'aide du patron pour créer leur propre entreprise. Chez les tailleurs, par exemple, le chef d'entreprise ayant décidé qu'un de ses employés ou apprentis a suffisamment de talent et d'expérience pour devenir son propre patron, l'aide à trouver un local et le plus souvent lui achète sa première machine. Le lien est rarement coupé parce qu'il arrive très souvent qu'après son installation, le nouveau chef d'entreprise utilise chez son ancien patron les machines dont il ne dispose pas encore. L'ancien patron, resté le « tuteur », peut aussi lui assurer une certaine clientèle par le biais de la sous-traitance.

Comme l'indiquaient les enquêtes de l'UEMOA, il n'existe pas de contrat écrit entre entrepreneur et employés, leur relation est basée sur la confiance et un respect total. La rémunération est fonction du chiffres d'affaires et aussi des activités gérées par l'employé. Les apprentis sont en général des enfants de l'entrepreneur, de ses voisins et amis. Ils ont majoritairement opté pour l'apprentissage suite à l'échec scolaire ou à la fin de l'école coranique. Ils n'ont pas d'expérience et se contentent d'apprendre tout en aidant l'entrepreneur et les employés dans les tâches quotidiennes.

Qu'il soit encore très actif ou non, l'entrepreneur est « la personne ressource », l'élément moteur de l'organisation et le garant de sa survie. La confiance de la clientèle dépend exclusivement de lui, d'où la nécessité de rester en bonne santé. En cas de maladie ou d'accident de travail nécessitant un congé maladie, l'entrepreneur n'est pas privé de revenus. A court terme, l'activité de l'entreprise n'est pas affectée par l'absence du patron. Pour les chefs d'entreprise âgés de plus de 50 ans, la présence dans l'atelier est une garantie rassurante mais en réalité le travail repose exclusivement sur leur équipe. Pour les autres, encore très actifs, les directives transmises aux employés et apprentis permettent de terminer les travaux déjà entamés. L'absence à moyen et à long terme peut cependant se traduire par une forte baisse du chiffre d'affaires. Selon la taille de l'unité de production informelle, cette longue absence peut entraîner l'arrêt de l'activité, privant ainsi le chef d'entreprise de ressources, l'entraînant davantage dans la précarité.

Nous nous sommes particulièrement intéressés à la situation des femmes chefs d'entreprise ayant des enfants pour savoir comment elles arrivent à concilier périodes de grossesse, activité professionnelle et garde des nouveaux nés. A l'image des collègues des

autres métiers, ces chefs d'entreprise comptent sur les employés et apprentis pour assurer l'intérim. Elles travaillent généralement jusqu'à l'accouchement et reviennent aux affaires quelque semaines après la naissance de l'enfant. Le soutien des autres membres de la famille (mère, sœurs et filles) facilite le retour de l'entrepreneur. Si l'arrêt de travail se déroule en dehors des périodes de fêtes (fête des moutons, fin du ramadan…), les pertes financières relatives à l'absence physique sont relativement faibles.

- Pour les travailleurs indépendants

La situation des travailleurs indépendants est plus délicate car ils travaillent seul et ne peuvent compter en cas d'arrêt maladie que sur l'apport généré par les créances sur les clients. La situation des boutiquiers est cependant plus enviable à celle des marchands ambulants. Les premiers peuvent, en effet, se reposer sur quelqu'un de confiance (la famille en général) de travailler à leur place, en cas d'empêchement. Cela leur permettra de faire face aux frais médicaux grâce aux produits de la vente.

Les marchands ambulants comme les autres travailleurs indépendants ont en général plus de mal à subvenir à leurs besoins en cas d'arrêt de travail. Ils sont privés de ressources avec l'arrêt momentané de leurs activités. C'est pourquoi, ils ne renoncent au travail seulement lorsqu'ils sont effectués par une pathologie sévère. Faire moins de kilomètres de marche par jour ou rester aux environs des marchés constituent quelques solutions pour travailler en période de mauvaise santé.

✓ *Le recours aux soins*

La situation financière explique la plupart du temps le type de soins sollicités par le patient. Même si la tradition accorde encore une légitimité aux guérisseurs, force est de constater que les « plus aisés » des travailleurs et notamment les chefs d'entreprise avec qui nous nous sommes entretenus, pensent d'abord consulter un médecin et prennent en charge eux-mêmes les dépenses relatives à la santé. Nous avons fait le même constat chez les boutiquiers qui semblent avoir plus de points en commun avec les chefs d'entreprise qu'avec les marchands ambulants. L'hôpital est de loin le premier recours en cas de maladie.

Les marchands ambulants, plus vulnérables, font davantage recours à la médecine traditionnelle, assumant pour certains une confiance totale à l'héritage des ancêtres mais pour

la majorité surtout un moyen de réduire les coûts sanitaires. Toutefois, tous sans exception, nous avouent que les faux guérisseurs sont de plus en plus nombreux surtout en ville. Près de 30 % des sondés reconnaissent volontiers acheter des médicaments de rue qu'ils n'estiment pas dangereux. Ils côtoient les vendeurs et leur font entièrement confiance. Non seulement ces médicaments sont moins chers mais surtout ne nécessitent pas une visite (qualifiée d'onéreuse) chez le médecin. Contrairement à notre hypothèse de départ, plus de 65 % de nos sondés envisagent d'abord à consulter un médecin même si moins de 30 % le font systématiquement pour se soigner. Les frais médicaux très élevés constituent l'obstacle principal.

- ✓ *L'adhésion à une mutuelle de santé*

A la question « Etes-vous prêt à adhérer à une mutuelle de santé ? », après un bref exposé de son rôle, malgré leur réticence, près de la moitié des entrepreneurs nous a dit être disposée à y consacrer 5 à 10 % de leurs revenus. Le fait de prendre en charge les soins de toute la famille a été l'élément le plus important à leurs yeux. Il est néanmoins difficile de mesurer leur degré de détermination, de dissocier les déclarations de bonne intention. Toutefois, il n'était pas question de payer pour les employés et les apprentis dans la mesure où non seulement ils considèrent leur donner une formation gratuitement mais aussi à cause de la faiblesse des ressources générées par les activités.

Les travailleurs indépendants furent généralement beaucoup moins intéressés par l'éventuelle adhésion à une mutuelle de santé à cause des cotisations qu'ils ne supporteraient pas financièrement. Moins de 5 % des marchands ambulants se disent disposés à y consacrer 1 à 5 % de leurs revenus pour accéder à la couverture sociale.

- ✓ *Perspectives d'avenir pour les travailleurs indépendants*

Nous avons relevé deux sentiments contrastés : de l'optimisme tendant vers la résignation pour les « anciens » du métier, les plus âgés et une forte volonté d'aller voir ailleurs pour les jeunes. De l'optimisme pour les premiers parce qu'ils restent fidèles à ce métier leur ayant permis de vivre en dignité mais également parce qu'ils pensent que « *Dieu est grand, il répondra toujours présent pour nous aider à surmonter toute sorte de difficultés* ». La difficile situation actuelle dépend exclusivement de la volonté divine. Son acceptation combinée au respect des recommandations de Dieu garantissent un avenir

meilleur. Ces travailleurs âgés restent donc optimistes bien qu'ils ont subi une dégradation de leurs conditions de vie. « *Jadis, le métier permettait de se marier, de fonder une famille et de satisfaire ses besoins* » disent-ils. Aujourd'hui la cherté de la vie combinée à l'envahissement des produits étrangers (chinois) à bas coûts engendrent une diminution réelle de leur pouvoir d'achat. En outre, ces commerçants perdent de plus en plus une clientèle longtemps acquise à leur cause : la population la plus pauvre. Avec les produits chinois plus modernes et peu onéreux, de nombreux consommateurs se sont orientés vers les produits importés.

La réaction des jeunes fut totalement différente de ceux de leurs aînés. Si dans les enquêtes de l'UEMOA, les plus jeunes travailleurs semblent compter sur leurs activités pour faire face aux problèmes ponctuels, la quasi-totalité rêve de connaître une meilleure stabilité professionnelle, c'est à dire trouver un travail plus stable mais surtout voyager en Occident. L'immigration reste un aboutissement pour la presque totalité des jeunes travailleurs avec qui nous nous sommes entretenus, aussi bien chez les travailleurs indépendants que chez les entrepreneurs. D'ailleurs puisque nous nous sommes présentés en tant que doctorant en France, de nombreux jeunes commerçants n'ont pas manqué de poser des questions sur la vie en Europe, l'intégration des sénégalais vivant à l'extérieur appelés « Modou-Modou ». Ces entretiens, en réalité des échanges, ont été beaucoup plus faciles à mener auprès d'eux parce qu'ils nourrissaient presque tous le rêve de partir en Italie.

Conscients de la faiblesse de notre enquête en termes de données précises de la non représentativité de notre échantillon, nous nous appuierons sur les enquêtes UEMOA et celle de l'ONG ENDA GRAF réalisée en 2004 dans la banlieue de Dakar mais aussi des expériences internationales, dans le cadre de nos propositions financières du chapitre suivant. En effet, dans le but de connaitre les revenus des ménages, leur contribution ainsi que les intentions de cotisations à une mutuelle, ENDA GRAF a enquêté auprès de 300 personnes dans les quartiers de Pikine et Guinaw rail, dont les principaux résultats présentés dans le tableau N°35.

<u>Tableau 33</u> : Distribution des revenus dans les quartiers de Pikine et de Guinaw rail

A	B	C	D	E (D/C)
Revenus en FCFA	Revenu par an par ménage en euros	Revenus par famille et par an en FCFA	Intention de contribution par famille et par an en FCFA	Taux d'allocation exprimé
< 500 000	< 760 euros	226 222	9 400	4.2 %
500 001-1 000 000	760 -1 520	743 429	20 743	2.8 %
1 000 001-1 500 000	1 520-2 280	1 282 706	23 153	1.8 %
1 500 001 -2 000 000	2 290- 3 050	1 789 891	18 809	1.1 %
2 000 001-3 000 000	3 060-4 570	2 345 357	37 371	1.6 %
3 000 001-4 000 000	4 590-6 100	3 302 294	14 929	0.5 %
4 000 001-7 000 000	6 110-10 067	5 207 909	19 255	0.4 %

Source : ENDA GRAF, Janvier 2004, reprise par GALLAND (2006)

Les perspectives d'évolution ne laissent pas penser que sans changement ni encadrement, la situation des travailleurs de l'économie informelle va s'améliorer. Vu la l'hétérogénéité du secteur, il semble très difficile de mettre en place des politiques globales ayant le même impact sur l'ensemble des travailleurs. Des politiques ciblées portant sur certaines catégories pourraient accroître la productivité dans ce secteur et surtout aider à formaliser certaines activités informelles pouvant à terme intégrer le secteur structuré. La santé étant une priorité, il serait très intéressant de réfléchir sur un modèle d'assurance maladie pouvant permettre d'améliorer la couverture médicale dans ce secteur.

CHAPITRE VI :

Mise en place d'un système de couverture maladie spécifique au secteur informel dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire

Deux approches peuvent être envisagées pour étendre la couverture médicale dans les pays à faibles revenus. La première s'appuie sur des méthodes de micro-assurance pour répondre à des besoins locaux ou communautaires grâce au développement des mutuelles de santé. La seconde repose sur des ambitions plus globales par ciblage de groupes confrontés à des risques sanitaires. Cette approche, nécessitant l'implication de l'Etat, présente l'avantage d'avoir une légitimité et une portée nationale (ANNYCKE, 2008). La mise en place de chacune des deux approches reste néanmoins très compliquée pour les pays pauvres du fait des nombreuses difficultés et défis à relever notamment dans le domaine de la santé. Selon PREKER et VELENYI (2006), les pays à revenus faibles comptent généralement sur le financement public (20 %) et les paiements directs (80 %) pour financer les soins. Ce ratio 20/80 contraste avec celui des pays développés (80/20) où le paiement par anticipation représente 80 % des dépenses de santé. PREKER et VELENYI (2006) mettent en évidence 4 points qui expliqueraient les difficultés d'amélioration du financement d'une assurance maladie volontaire ou publique et obligatoire, résumés ainsi :

Le premier porte sur le comportement des fonctions fondamentales du financement de la santé : collecte de fonds, gestion des risques financiers et achat de services au près des fournisseurs.

- ✓ *Collecte de fonds*

Dans la mobilisation des ressources, les pays tentant d'introduire des dispositifs d'assurance maladie font face à des défis suivants :

- Inscription : avec le recensement incomplet des populations ;
- Choix avec un vaste secteur informel ;
- Niveau de paiement par anticipation : avec le faible taux de participation des travailleurs au secteur formel, le manque de familiarité avec l'assurance et l'aversion au risque d'une grande partie de la population occupant des emplois mal payés ou en dessous du seuil de pauvreté, des demandes concurrentes pour les rares ressources du ménage ;
- Progressivité des contributions : manque de données précises sur le revenu.

✓ *Efficacité de la gestion du risque financier*

Ces pays doivent relever les défis en matière de redistribution efficace et équitable des ressources qui sont :

- La taille et le nombre de bassins de risque : croissance spontanée de nombreux petits fonds, diversité sociale en termes d'emploi, domicile et autres facteurs sociaux locaux, manque de confiance dans les programmes gouvernementaux ou nationaux, faible capacité de gestion institutionnelle ;
- Le partage du risque : seule une faible part de la marge fiscale disponible est allouée au secteur de la santé, le manque de solidarité sociale nationale ;
- La couverture : existence de système national de santé pour le grand public.

✓ *Achat de services au près des fournisseurs*

- Pour qui acheter ? : manque de bonnes données sur l'importance de l'adhésion ;
- Que faut-il acheter ? : manque de données sur la rentabilité ;
- De qui acheter ? : le secteur ambulatoire dominé par des fournisseurs privés et le secteur des hospitalisations par des hôpitaux publics ;
- Comment acheter ? : faible capacité de gestion et en matière institutionnelle ;

- A quel prix acheter ?: manque de bonnes données sur les coûts.

Le deuxième point est relatif à l'environnement : capacité institutionnelle généralement faible, un cadre légal sous-jacent incomplet, les outils de régulation inefficaces ou non appliqués, des procédures administratives rigides et des coutumes et pratiques informelles et difficiles à changer.

Le troisième point porte sur la structure organisationnelle des fonds engendrant un problème d'échelle et de portée de la couverture en termes d'assurance et de prestations pouvant être fournies.

Le quatrième point touche les caractéristiques de gestion : faible capacité en termes d'intendance, de gouvernance et de services clients.

Ces défis et difficultés rappellent qu'aucune approche ne saurait constituer une formule magique pouvant garantir l'accès aux soins pour la grande majorité. Il est probable qu'aucun de ces mécanismes n'ait la possibilité d'atteindre seul les objectifs de développement du Millénaire (ODM). La combinaison des deux approches apparaît donc comme une nécessité et devrait se faire selon les caractéristiques du pays pour répondre au mieux aux besoins de la population. Pour contribuer à cette quête de politique susceptible de surmonter ces obstacles, nous faisons une proposition de couverture maladie qui devrait permettre de prendre en compte les spécificités du secteur informel dans le cadre d'une assurance maladie obligatoire. Nous nous inspirerons du modèle ghanéen ayant enregistré ces dernières années des résultats très satisfaisants. Cette proposition s'appuiera donc sur la seconde approche impliquant l'intervention étatique. Cette option d'un système global et obligatoire se justifie pour diverses raisons que nous allons énumérer.

I. Les justifications des choix

I.1. Le choix d'un régime obligatoire et global

Ce choix s'explique principalement par les résultats insuffisants des mutuelles existantes mais aussi des limites du volontarisme.

- *La lente évolution du taux de couverture du système mutualiste au Sénégal*

Le Sénégal est un des deux précurseurs du mouvement mutualiste avec le Bénin et fait partie des pays ayant le plus grand nombre de mutuelles en Afrique francophone. Il a même été leader en termes de nombre de mutuelles au sein d'un groupe composé de 10 pays de l'Afrique francophone en 2003.

***Tableau 34* : Tableau globale des mutuelles fonctionnelles**

	1997	**2000**	**2003**
Bénin	11	23	43
Burkina Faso	6	26	36
Cameroun	18	20	22
Côte d'Ivoire		29	36
Guinée	6	27	55
Mali	7	22	56
Mauritanie			3
Niger	6	12	12
Sénégal	19	29	87
Tchad	3	4	7
Togo	0 + 8 projets	7	9
Total	76	199	366

Source : NDIAYE (2006)

Cependant, force est de constater que le pays n'enregistre pas les mêmes succès en matière de couverture sociale comparé au Ghana ou au Rwanda par exemple et peine à atteindre les objectifs fixés avec la politique d'extension de la couverture sociale. Le Sénégal a entrepris depuis quelques années des efforts pour le développement des mutuelles de santé espérant atteindre un taux de couverture de 50 % de la population totale à l'horizon 2015, privilégiant ainsi la première approche. Le décalage entre les résultats espérés en 2012 (46 %) et le taux réel de couverture (20 %) met en évidence les limites de cette politique d'extension néanmoins indispensable dans les pays en développement.

Ces résultats insuffisants ne sont pas spécifiques au pays. En effet, selon LETOURMY (2011), le Sénégal fait partie des pays ayant adopté un système fragmenté en termes de couverture maladie. A l'image du Bénin, du Mali, de la Tanzanie, du Burkina Faso, la priorité est accordée selon diverses étapes :

- la couverture du secteur formel ;
- la superposition de dispositifs ;

- l'assurance volontaire préconisée pour le secteur informel ;
- le lancement simultané d'initiatives de gratuité.

D'après LETOURMY (2011), ce système fragmenté présente des limites en matière d'assurance maladie pour le secteur informel. Des résultats décevants ont été notés dans les tentatives de développement de l'AMV (l'Assurance Maladie Volontaire).

Les obstacles empêchant les mutuelles de remplir pleinement leurs missions sont presque identiques à ceux constatés dès leur création malgré un potentiel d'expansion toujours reconnu et rarement confirmé. Dans le cadre d'une étude conduite sous la direction conjointe de l'USAID[48]-PHR, du BIT, du WSM[49] et de l'ANMC[50], BUKARI ATIM et al (1998) misaient sur le dynamisme et surtout leurs potentialités pour améliorer le financement, de la fourniture et de l'accès aux soins de santé tout en pointant leurs faiblesses. Ce groupe d'experts soulignait la faible contribution des mutuelles à la mobilisation des ressources qui s'expliquait par :

- l'insuffisante pénétration des groupes ciblés ;
- de faibles taux de recouvrement ;
- un marketing inadéquat ;
- un manque de synchronisation entre les dates de paiements des cotisations et les périodes où les revenus sont disponibles.

Ces mêmes insuffisances sont aujourd'hui encore les principaux obstacles limitant leur expansion et justifiant leur piètre contribution au financement de la santé.

- *Les limites du volontarisme*

Au Sénégal, à l'image des autres pays africains, les facteurs socioculturels font de l'adhésion volontaire à un organisme d'assurance une pratique peu courante. Pour GALLAD (2006), il existe une absence de culture de prévoyance dans ces pays. Ce refus de prévoyance serait considéré comme une mesure d'évitement de la survenue de la maladie. Le Sénégalais, en général fataliste, pense que seul Dieu est le maître de son destin, le seul pouvant lui assurer protection. Quelle que soit l'efficacité d'un système, il ne pourra jamais garantir autant de sécurité que celle d'émanation divine. Les prières demeurent pour de nombreux croyants un des moyens les plus sûrs pour faire face aux aléas futurs, ce qui laisse peu de place aux

[48] Unites States Agency for International Development (Agence américaine pour le développement international)
[49] World solidarity (Solidarité mondiale)
[50] Alliance Nationale des Mutuelles Chrétiennes

organisations d'assurances. Par voie de conséquence, il serait risqué de compter uniquement sur l'adhésion volontaire de la population pour accroître significativement le taux de couverture médicale.

Par delà de ces facteurs socioculturels, le fonctionnement des régimes obligatoires peut présenter des avantages économiques par rapport aux régimes volontaires. Selon LETOURMY (2006), les régimes volontaires nécessitent de rassembler des effectifs importants, une véritable activité de marketing contrairement au régime obligatoire. Leur caractère privé et leur indépendance présupposeraient la mise en place de mécanismes de sécurité financière spécifique très rigoureux alors que l'existence d'une garantie étatique réduirait de fait la responsabilité des gestionnaires.

Il semble donc dans certains cas que l'option d'une assurance obligatoire soit plus apte à tenir compte de ces paramètres socioculturels qui caractérisent de nombreux pays en développement. L'exemple des certains pays africains tels que le Ghana et le Rwanda met en évidence des résultats intéressants obtenus grâce à l'option du système obligatoire.

I.2. Le Ghana et le Rwanda, des expériences riches d'enseignement

Le Ghana et le Rwanda ont enregistré ces dernières années de bons résultats en termes de couverture médicale. Ces deux pays africains à faible revenu pourraient constituer des sources de référence pour le Sénégal partageant avec eux de fortes caractéristiques communes. Leurs expériences sont intéressantes d'autant que malgré certaines similitudes, de fortes divergences subsistent dans leurs mécanismes de financement.

Le Ghana est un pays à revenu faible avec 45,1 % de sa population disposant de moins de 1$ EU par jour/habitant et 75 % de moins de 2 $/j/h (De La ROSA et SCHEIL-ADLUNG, 2007). La population est estimée à 25 241 998 habitants en 2012, réside majoritairement dans les zones urbaines (51 %). L'espérance de vie à la naissance est de 61,45 ans et le PIB par habitant (PPA) s'établit à 3 100 $US en 2011 (Statistiques mondiales, 2012). Le secteur privé, bien que majoritairement informel, est le moteur de l'économie et l'employeur de près de 90 % de la main-d'œuvre. Enfin 90 % des entreprises de ce secteur emploient moins de 20 personnes (BAD, 2010).

L'histoire récente du Rwanda a été marquée par un conflit civil où près de 800 000 personnes ont été tuées. Depuis ce génocide de 1994, le pays se reconstruit avec des réformes profondes contribuant à de bons résultats en termes de croissance économique. Entre 1996 et

2002, le taux de croissance annuel moyen était de l'ordre de 10.5 % (Banque mondiale, 2009). L'économie est restée sur cette forte croissance. Le taux de croissance du PIB s'élevait à 7.6 % et 8.8 % respectivement en 2010 et 2011 (Perspectives Economiques en Afrique, 2012). Des résultats intéressants ont été aussi notés en matière de développent humain. En trente ans (entre 1980 et 2010), l'IDH a augmenté de 55 %. Il a atteint 0.4, son plus haut niveau (soit le double de celui de l'année 1990, son plus bas niveau) (Perspective Monde, 2011).

En un an, le Ghana a mis en place son système national d'assurance maladie avec la création de 145 mutuelles implantées dans les districts. En 2009, le pays est parvenu à doter d'une couverture médicale à 60 % de la population totale. Quant au Rwanda, un taux de 91 % a été atteint en 2009 pour un des pays les plus pauvres de la planète (Banque mondiale, 2009).

***Tableau 35* : couverture médicale au Ghana et au Rwanda en 2009**

	Population	**Population couverte par l'assurance maladie**
Ghana	23 millions	> 60 % de la population répartie dans 145 mutuelles d'assurance maladie implantées dans les districts
Rwanda	10 millions	91 % de la population est couverte

Source : Banque mondiale (2009), Communiqué de presse

Avec un taux de couverture maladie supérieure à 90 %, le Rwanda dispose sans doute de meilleurs résultats en termes d'accès aux soins que le Ghana. Cependant, la singularité du mode de financement de son assurance maladie obligatoire en fait une expérience difficilement transposable. Le Rwanda est, en effet, tributaire de l'aide internationale occupant une partie significative de son budget et s'appuie sur les donateurs étrangers finançant majoritairement les dépenses totales sanitaires.

En 2011-2012, les subventions internationales représentent 41 % du budget du Rwanda et 13 % du PIB. Ayant obtenu des résultats satisfaisants sur la gestion de l'aide et la lutte contre la corruption, le pays compte des donateurs de plus en plus nombreux. Le montant des aides devrait atteindre 46 % du budget en 2012-2013. Pour 2013-2014, l'accroissement annuel serait de 18 % soit un montant des aides de près de 700 millions d'euros (Jeune Afrique, 2012). Les dépenses de santé s'élèvent à près de 307 millions de dollars par an dont 53 % sont financées par des donateurs étrangers, notamment américains. Plus de 90 % de la population bénéficient d'une couverture maladie grâce à une modeste contribution et surtout

l'aide extérieure (notamment le financement d'une ONG américaine « Partners in Health ») sans oublier la participation des pouvoirs publics (McNEIL Jr, 2010). En effet, malgré l'aide des donateurs internationaux, le gouvernement rwandais contribue à hauteur de 19,5 % des dépenses totales annuelles (OMS, 2010).

Le Sénégal est certes un pays qui compte sur l'aide extérieure. Seulement les proportions sont moins significatives comparées au Rwanda, l'aide extérieure représentant le quart du budget sénégalais. Selon la Banque mondiale et al, (2007), en 2000-2002, par exemple, le Sénégal faisait partie des pays les mieux lotis au sein des PMA. Sur un montant de 426.5 millions de dollars, 33.1 % étaient sous forme d'assistance technique. 59 % de cette aide était bilatérale (avec 66.2 % de dons) et 41 % multilatérale (avec seulement 14.5 % de dons) (cf annexe 29). S'inspirer sur le modèle ghanéen serait plus réaliste en raison d'un certain nombre d'analogies fortes sur les plans socioéconomique, géographique et culturel. Le Ghana et le Sénégal sont membres de la CEDEAO et occupent respectivement la 3e et 4e économie de l'Afrique de l'Ouest. Il est vrai que ces deux pays ont reçu en héritage de la colonisation deux systèmes institutionnels bâtis sur des modèles différents (britannique et français). Toutefois, leur trajectoire depuis les indépendances présente de fortes similitudes. Dans les années 1960/1970, l'accès des soins était gratuit dans les services de santé publics. La crise économique des années 1980 a instauré une participation financière des ménages ne pouvant pas être supportée par tous. Des mutuelles de santé volontaires ont été créées pour accroître le taux de couverture médicale jusqu'à ce que le Ghana institue l'AMO aussi bien pour le formel que pour l'informel.

- *Présentation d'assurance maladie obligatoire du Ghana*

Le service national de santé a été créé en 1957 sur le modèle du système britannique. La crise économique des années 1980 a mis fin à la gratuité des soins et services de santé dans les établissements publics. L'année 1992 marque le début de la participation financière des utilisateurs. La limitation de l'accès aux soins entraîna la création des mutuelles d'assurance santé privées (MHO) et les systèmes d'assurance santé à base communautaire (CBHI) pour faciliter l'accès aux soins à une partie significative de la population dépourvue de toute forme de couverture sociale. Voté en 2003, le Système national d'assurance maladie (NHIS) fut mis en place dès 2004 en réponse à l'insatisfaction entraînée par les paiements directs des prestations sanitaires, l'objectif étant de garantir la fourniture des soins de santé pour toute la population. Système de santé décentralisé appliquant un modèle basé sur le district, le NHIS

comprend différents régimes : mutuelles d'assurance santé de district financées par l'Etat (DMHIS), les régimes d'assurance santé commerciaux privés à but lucratif et des mutuelles d'assurance santé nationales à but non lucratif (De La ROSA et SCHEIL-ADLUNG, 2007).

Deux institutions sont mises en place dans le cadre du NHIS. Le « National Health Insurance Fund » (NHIF) fut créé comme instrument de gestion des financements publics pour l'assurance maladie. Ce fonds est financé grâce à la TVA et au système de sécurité sociale. Le « National Health Insurance Council » (NHIC) fut également créé pour réguler les supports techniques des « District Mutual Health Insurances » (DMHIS). Principal maître-d'oeuvre de la stratégie, le Ministère est responsable du développement de la planification, de la coordination et de la mobilisation des ressources. La supervision est assurée par la « National Health Insurance Authohity » (NHIA). Le « Ghana Health Service » (GHS), la plus grande agence du Ministère, en charge de la prestation de soins et services, comprend cinq niveaux : national, régional, district, sous-district et communautaire. Toutes ces institutions publiques de santé disposent d'un budget autonome (B. BOIDIN et J. ALENDA, 2011). Le Conseil national de l'assurance maladie (NHIC) qui définit avec le Ministère l'ensemble des prestations minimums accordées au niveau national, accrédite les prestataires de services médicaux dans le cadre du système d'assurance maladie, approuve et supervise les activités des mutuelles d'assurance santé de district (DMHIS), des mutuelles privées à but non lucratif (MHO) et des assureurs privés, et détermine le montant des primes à acquitter. L'affiliation des résidents, la collecte des primes, le paiement des factures et la négociation avec les prestataires sont confiés aux DMHIS, MHO et les assureurs privés (De La ROSA et SCHEIL-ADLUNG, 2007). Les DMHIS sont autonomes mais supervisés au niveau régional. C'est le seul des trois types d'assurance bénéficiant du soutien financier du gouvernement à travers le NHIA (BOIDIN et ALENDA, 2011).

Cette organisation rigoureuse donne des résultats probants. En septembre 2005, le Ghana recensait 2.9 millions d'adhérents du système national d'assurance maladie soit un taux de couverture de 14 %. Fin 2006, le taux était passé à 38 % avec 19 % des travailleurs du secteur informel ayant reçu des cartes d'identification pour accéder aux services de soins proposés (Oxfam International et al, 2008). En 2009, les autorités ghanéennes déclaraient un taux de couverture médicale supérieur à 60 %, chiffre âprement contesté par certaines ONG telle que l'Oxfam international avec des données à l'appui, ce qui a contraint le gouvernement à revoir le taux à la baisse ; ce dernier serait de l'ordre de 35 % (NDOUR, 2012).

Le financement du système repose sur trois principales sources :

- 2,5 % par la TVA sur les marchandises et services ;
- 2,5 % par l'impôt sur le revenu frappant les employés du secteur formel ;

une prime annuelle de 72 000 cédis pour les individus adultes affiliés en âge de travailler, les employés du formel cotisant à la sécurité sociale n'étant pas tenu de l'acquitter(De La ROSA et SCHEIL-ADLUNG, 2007).

Ces trois sources de financement seraient complétées par des prélèvements sur le budget de l'Etat affectés aux fonds par le Parlement, des bénéfices faits par le NHIC et les contributions au fonds

Tableau 36 : Résumé du Système national d'assurance maladie au Ghana

Source des fonds	**Prime**	**Prestations couvertes**	**Forme de paiement**	**Populations exclues**
2,5 % au titre de la santé 2,5 % taxe sur le salaire des employés du secteur formel ou pris sur le régime de sécurité sociale et de retraite Prime annuelle	72 000 cédis par membre adulte d'une famille 144 000 cédis pour une famille de cinq personnes	Ensemble complet pour les soins d'hospitalisation ou ambulatoires, les soins dentaires, les soins ophtalmologiques, les soins de maternité et les urgences Une liste d'exclusions a été établie pour les services de soins de santé non couverts par les prestations minimums dans le cadre du NHIS	Rémunérer à la prestation du service	Enfants de moins de 18 ans Personnes de plus de 70 ans Indigents Travailleurs du secteur formel Retraités

Source : J. De La ROSA et X. SCHEIL-ADLUNG (2007)

II. Mise en place de l'Assurance maladie obligatoire

L'AMO est une des principales méthodes de financement de la santé. Selon l'USAID (2010), elle est généralement caractérisée par :

- une gestion indépendante ou quasi indépendante de la caisse d'assurance ;
- des cotisations sociales destinées à financer l'assurance maladie ;
- un lien direct entre cotisations et prestations médicales ;
- la notion de solidarité sociale.

Nombreux sont les pays à faible revenu pensant l'instaurer pour faire face aux problèmes d'accessibilité des soins. Elle implique une adhésion obligatoire de la population. Sa mise en place exige une préparation substantielle et nécessite la résolution de certaines conditions clé découlant de ces questions essentielles :

- vu la part significative des travailleurs des secteurs informel et agricole sur le marché du travail, dans quelle mesure peut-on enregistrer leurs cotisations ?
- Le personnel de gestion les institutions de l'AMO est-il suffisant ?
- Existe-t-il un cadre juridique déterminant les droits et devoirs des affiliés ?
- L'infrastructure sanitaire est-elle capable de faire face aux prestations offertes par l'AMO ? (CARRIN et JAMES, 2004).

L'Etat est la seule entité capable de rendre l'assurance obligatoire. Elle demande beaucoup de sacrifices. Si ses répercussions positives sont conséquentes, ses risques sont néanmoins bien réels. Avec le tableau suivant, l'USAID, (2010) met en évidence ses avantages et risques potentiels.

Tableau 37 : Avantages et risques potentiels du développement de l'assurance maladie

Avantages potentiels	Risques potentiels
1. Eviter que les ménages s'appauvrissent en raison de dépenses de santé élevées qu'ils auraient à payer eux-mêmes.	• Le système de santé pourrait mettre l'accent sur les soins curatifs coûteux plutôt que sur les soins de base et les soins préventifs, si les régimes d'assurance ne considèrent pas ces derniers comme un moyen de minimiser les coûts de l'assurance maladie à long terme.
2. Accroître l'accessibilité et l'utilisation des services pour lesquels un paiement est normalement requis au moment où l'on a besoin.	• Les institutions et les systèmes qui ne sont pas encore en mesure de faire face au poids de la mise en œuvre de l'assurance pourraient trouver le processus irréalisable ou particulièrement inefficace et coûteux.
3. Influencer le comportement du prestataire et de l'utilisateur afin d'améliorer la qualité, l'efficience et l'efficacité du service.	• Certaines méthodes de paiement des prestataires n'ont pas de répercussions positives sur la qualité, l'efficience et l'efficacité. Leurs limites pourraient empêcher de rentabiliser le coût de leur mise en œuvre.
4. Utiliser les compétences des prestataires privés pour atteindre les objectifs nationaux en matière de santé.	• Les niveaux de paiement peu élevés risquent de ne pas être attractifs pour les prestataires de qualité/ • L'organisme assureur pourrait ne pas disposer des capacités suffisantes pour contrôler la qualité des prestataires privés. • Faiblesse dans la maîtrise des coûts pourrait entraîner la caisse d'assurance à la faillite. • Les retards de paiement de paiement des prestataires privés pourraient susciter une frustration.
5. Générer des ressources supplémentaires et stables pour la santé.	• Etant donné que les régimes d'assurance maladie disposent de ressources propres, les gouvernements pourraient envisager de réaffecter des fonds du budget général destinés à la santé à d'autres secteurs, ce qui laisserait inchangé le niveau de ressources du secteur, voire le réduirait. • En l'absence d'une surveillance et d'une responsabilisation suffisantes, les caisses d'assurance peuvent devenir des proies faciles pour la corruption.
6. Augmenter les ressources des services de santé prioritaires et en élargir l'accès aux populations défavorisées.	• Les avantages accrus offerts pourraient profiter à ceux qui s'en sortent déjà mieux, car leur accès à l'assurance y est déjà favorisé. • Dans le cas des populations pauvres, les avantages offerts pourraient n'être que des promesses non tenues si l'assurance n'a pas été conçue pour être destinée en particulier à cette couche de la population et si le financement est insuffisant.
7. Aider à la redistribution des ressources en matière de santé afin de remédier aux inégalités socioéconomiques et géographiques.	• Les gouvernements peuvent mettre en place des prestations étendues, mais coûteuses, qui ne sont pas financièrement viables, les obligeant ensuite à limiter à la couverture et réduire ainsi les attentes à néant. • Les régimes de redistribution peuvent mécontenter les groupes ayant des revenus élevés, puisqu'ils paient pour la redistribution des ressources.

Source : USAID (2010), Manuel sur l'Assurance maladie

Profiter au maximum des avantages de l'assurance maladie tout en œuvrant pour la minimisation des risques potentiels nécessite une stratégie cohérente et une démarche rigoureuse. Dans notre proposition, nous allons nous inspirer du manuel de l'USAID sur l'Assurance maladie (2010) et sur les aspects pratiques du montage et du fonctionnement de l'Assurance maladie de LETOURMY (2006).

II.1. L'explication des grandes orientations du régime

La mise en place d'une AMO nécessite une grande pédagogie pour informer sur son caractère indispensable et rassurer sur sa faisabilité. Cette explication peut se faire en citant l'exemple de certains pays ayant réussi à la mettre en place tels que le Ghana et le Rwanda. Les autorités devront faciliter l'accès à l'information sur :

- les modalités de couverture ;
- la population cible ;
- les ayants-droits ;
- les prestations fournies ;

Rassurer sur la faisabilité nécessitera des explications capables d'expliciter :

- dans quelle mesure cette assurance maladie obligatoire pourrait permettre à la grande majorité des sénégalais d'avoir accès aux services sanitaires ;
- dans quelle mesure l'AMO pourrait contribuer à la lutte contre la pauvreté et renforcer l'équité, la justice sociale.

Une sensibilisation efficace et permanente, une forte détermination et surtout une réelle volonté politique pourraient combattre les préjugés, écarter certains blocages socioculturels, minimiser réticence et résistance des sceptiques. Une communication n'est efficace seulement si elle sait s'adapter à son public. Sensibiliser de la même manière des peuples d'origine, de tradition et de cultures différentes peut s'avérer improductif. Dans un pays à tradition orale où le taux d'alphabétisation reste faible, le taux d'échec scolaire très élevé et où la langue la plus parlée, le wolof, n'est pas écrite, baser sa communication sur des affiches, prospectus, ou Internet et en langue française (langue officielle), aurait un impact limité sur la population. Une sensibilisation adaptée au Sénégal pourrait passer par une campagne permanente s'appuyant sur les leaders d'opinion ayant une certaine indépendance vis à vis du pouvoir politique et jouissant d'une légitimité populaire. Ces derniers (marabouts,

artistes, syndicalistes, représentants des mouvements de jeunesse…) sont très influents et incontournables dans les choix de la population au quotidien.

✓ *Les leaders d'opinion*

- *Le marabout (guide religieux)*

Les confréries sont des écoles de pensée musulmane ayant à leur tête un guide religieux (marabout). Elles prennent leur origine chez les grands mystiques musulmans des premiers siècles de l'Islam. Au Sénégal, une très grande majorité des musulmans entretient avec une confrérie des liens allant de la simple sympathie à une véritable adhésion. Les deux principales confréries (la Tidjanyya et la Mourridyya) regroupent 80 % des musulmans sénégalais (DIOUF, 2004). Qu'il s'agisse de « Mourides », « Tidjanes », « Quadres », « Layennes », « Niassénes », les marabouts ont une réelle influence sur la population et les autorités publiques. Le peuple, très croyant, se replie sur ses leaders surtout en période de difficultés économiques. Ces guides religieux ont toujours joué un rôle très important, au niveau spirituel, et parfois temporel et politique. Généralement considéré comme des intercesseurs des hommes auprès de Dieu et une représentation de la foi du peuple, le marabout est aussi maître du Coran, le livre sacré de l'Islam. Son « ndiguel » (consigne) est généralement appliqué à la lettre. Il reçoit des ressources financières significatives émanent de ses disciples. Il assure aussi une fonction de « redistributeur » dans la mesure où une partie de ses ressources est consacrée à soutenir ses disciples dans l'acquisition des biens primaires (nourriture, santé etc.). La mise en place de l'assurance maladie obligatoire le concerne indirectement puisqu'une bonne partie de ses disciples est confrontée aux paiements directs des soins, au recours des solutions alternatives de l'hôpital (souvent dangereux). Il serait judicieux de commencer la pédagogie auprès de lui afin qu'il puisse participer à son tour à la sensibilité, ce qui garantirait des résultats probants.

- *Les artistes*

Chanteurs, musiciens, comédiens ont aussi une influence réelle et constituent des vecteurs d'information très intéressants parce que dotés de la capacité à faire passer des messages bien compris par la majorité de la population. A travers les pièces de théâtres, les

chansons, etc. l'importance d'une couverture maladie peut être expliquée jusqu'à ce qu'elle prenne le dessus sur la méfiance et/ou l'ignorance.

- *L'élite du sport*

Les jeunes s'identifient en général aux sportifs de haut niveau et leur vouent une grande admiration. Le football, le basket ainsi que les autres sports ont tous des « stars » bénéficiant d'une légitimité suffisamment grande pour porter un message. La lutte est incontestablement le sport le plus populaire au niveau national et mobilise l'ensemble des classes sociales. Ces lutteurs adulés peuvent être associés à la sensibilisation d'autant qu'ils ne sont pas généralement bénéficiaires d'une couverture médicale. En effet, avec les artistes, nombreuses sont les « anciennes gloires » sportives qui, après une brillante carrière, peinent à subvenir à leurs frais médicaux et sont parfois amenées à solliciter des dons par le biais des médias. L'implication des sportifs pourrait avoir un double impact : leur propre sensibilisation et leur mobilisation en faveur de la conscientisation de la population.

- *Un partenariat avec les médias pour une communication permanente*

Depuis 1990, le Sénégal consacre annuellement une aide aux médias locaux. Prévue par la loi, cette aide qui était de 300 millions de FCFA est passée à 400 millions en 2006. Destinée aux entreprises et aux travailleurs, elle vise à améliorer les conditions de travail. Les médias d'Etat ne sont pas concernés par cette aide. La télévision publique RTS 1 reçoit directement une subvention de l'Etat. Les organes de presse publique (le Soleil et l'Agence Presse Sénégalaise) bénéficient de subsides (FREDIEDRICH ELBERT STIFTUNG, 2006). Cet appui financier est depuis 2012 de 700 millions (GACKO, 2012). Ces médias publics continuent de communiquer sur les orientations des autorités locales. Loin de leur situation de monopole pendant la période post coloniale, ces médias sont concurrencés par des nombreux organes de presse et radios privés disposant des parts de marché plus significatives. Selon FALL (2008), l'Agence Dakaroise des Etudes Stratégiques et de Recherches (ADESR) a réalisé une étude dans la région de Dakar afin de classer les stations radios et les télévisions en termes d'audimat. L'enquête, réalisée entre le 19 et le 25 mars 2008, portait sur 1240 individus âgées de 15 ans et plus. Les résultats mettaient en évidence la suprématie des radios privées qui étaient de loin les plus écoutées, les trois premières places étant respectivement

occupées par Walf FM, RFM et Sud FM appartenant toutes au secteur privé. Si l'avance est moins significative en termes d'audience télévisuelles, la 2STV, chaîne privée occupait la première place devant la RTS 1.

Les autorités locales pourraient continuer de s'appuyer sur les médias publics et nouer parallèlement un partenariat avec ceux du privé dans le but de rendre permanente la sensibilisation portant sur l'assurance maladie obligatoire. La question de la couverture maladie est sans doute l'une des rares à pouvoir faire l'unanimité autour d'elle quelle que soit la sensibilité politique, religieuse et confessionnelle. Une augmentation de l'aide publique aux médias pourrait être envisagée pour les impliquer dans la sensibilisation. Il est évident que cette subvention, indispensable, ne devrait en aucun cas entraver leur indépendance, il y va de la crédibilité de la démocratie.

II.2. La couverture maladie

La couverture universelle est l'aboutissement de l'AMO. L'expérience a montré qu'il faut parfois attendre très longtemps avant d'atteindre cet objectif. Plusieurs pays dotés d'un système de couverture universelle ont mis des dizaines d'années dès la mise en œuvre avant de généraliser l'accès des services sanitaires. La période de transition et l'évolution du pourcentage de couverture pendant cette période, principaux éléments déterminants, varient d'un pays à un autre. CARRING et JAMERS (2004) mettent en évidence cette variabilité dans une étude portant sur 8 pays[51] bénéficiant d'une AMO suffisamment documentée. La période de transition représente le nombre d'années écoulées entre le vote de la première loi sur l'assurance maladie et la dernière loi pour la mise en œuvre de la couverture universelle. Ce laps de temps aurait été de 79 ans en Autriche, 118 ans en Belgique, 127 ans en Allemagne, 84 ans en Israël et seulement 20 et 26 ans respectivement au Costa Rica et en République de Corée. En ce qui concerne l'évolution du pourcentage du taux de couverture, il a fallu à l'Autriche, selon les auteurs, 40 ans pour passer de 7 à 60 % et 35 à 37 ans supplémentaires avant d'atteindre un taux de 96 %. L'Allemagne aurait mis 47 ans pour passer de 10 % à 50 % et 58 ans supplémentaires pour couvrir 88 % de sa population. Au Costa Rica, il aurait fallu 20 ans pour atteindre 17 % de couverture médicale mais seulement 5 ans pour doubler ce taux (entre 1961 et 1966). En 1978, 74 % de la population bénéficiait de la couverture maladie. 13 ans supplémentaires furent nécessaires pour porter ce taux à 83,4 %.

[51] Autriche, Belgique, Costa Rica, Allemagne, Israël, Japon, République de Corée et Luxembourg

A l'instar des autres pays en développement, le Sénégal pourrait être confronté à des difficultés considérables avant de parvenir à la couverture maladie universelle à court et moyen terme à moins de compter sur un appui massif des aides extérieures comme le Rwanda. Les principales catégories de population dépourvues de toute forme de protection sociale moderne sont les travailleurs du secteur informel urbain et rural (notamment agricole) ainsi que la classe la plus vulnérable de la société (indigents, infimes, handicapées etc.). Au regard des moyens économiques et des facteurs socioculturels du pays, une assurance maladie obligatoire progressive en trois phases pourrait être envisagée, chacune intégrant l'une des trois catégories précitées. Ce dispositif pourrait concerner successivement les travailleurs du secteur informel urbain, ceux du secteur informel rural et, enfin la catégorie la plus défavorisée.

Il parait socialement peu acceptable de prétendre assurer d'abord l'accès aux soins aux inactifs les plus défavorisés avec la contribution des actifs sachant que l'écrasante majorité de ces derniers ne se soigne pas par manque de moyens. Il serait plus raisonnable de donner la priorité aux secteurs agricole et informel avant de réformer l'assistance sociale afin de lui permettre d'assurer la couverture médicale de la population la plus pauvre.

Pourquoi privilégier la protection sociale du secteur informel ?

Les activités informelles urbaines et rurales représentent 92 % des emplois et auto-emplois dans le pays, les premières (28 %) étant beaucoup moins nombreuses que les secondes (64 %). Les activités rurales sont dominées par l'agriculture occupant plus de 60 % des actifs. L'agriculture sénégalaise se caractérise par sa forme familiale (à 95 %), les 5 % restant étant constitués de quelques gros producteurs avec des superficies plus importantes et des moyens plus modernes. Ce secteur stratégique voit sa contribution dans l'économie décroître : elle représente désormais moins de 20 % du PIB. De plus, la production agricole stagne voire régresse légèrement (jusqu'à 1 % par an entre 1980 et 1988) alors que la population rurale augmente d'environ 2 % par an (même si la population active rurale diminue) (Banque mondiale et al, 2007). Son caractère saisonnier accroît le phénomène de l'exode rural amputant la population active rurale au profit du secteur informel urbain. Contrairement au secteur agricole, l'économie informelle urbaine est le pourvoyeur de 80 à 97 % des emplois nouvellement créés. Le dynamisme des deux secteurs est donc radicalement différent. En outre, le monde rural est caractérisé par une solidarité encore forte, ce qui est

moins évident en milieu urbain confronté à la montée de l'individualisme. Il semble qu'il ait moins d'urgence pour le secteur informel rural même si les conditions de vie et de travail y sont difficiles.

Commencer par le secteur informel serait un test d'autant que le nombre de travailleurs y est moins significatif que dans le monde rural. N'ayant pas fait d'études sur le secteur agricole, nous nous focaliserons sur l'AMO dans sa phase 1 en essayant de faire une proposition la plus concrète possible. Néanmoins, nous ne manquerons pas de donner quelques orientations concernant les phases 2 et 3 à la fin de la première.

Première phase : l'AMO avec le secteur informel

L'économie informelle dans les systèmes de protection sociale en santé reste très compliquée. Les difficultés s'expliqueraient par :

- le contact invariable entre pouvoirs publics et secteur informel engendrant un déficit de données établies par l'Etat sur les travailleurs de ce secteur ;
- la difficulté de déterminer les revenus de ces travailleurs, ce qui ne simplifie pas l'octroi de certains types de prestations ;
- l'absence de renseignements pertinents sur les groupes ciblés compliquant l'élaboration de régimes pour certaines professions et industries (De La ROSA et SCHEIL-ADLUNG, 2007).

- *Population cible*

L'importance et l'hétérogénéité du secteur informel conduisent à faire des choix dans cette première phase. Nous proposons deux catégories de travailleurs informels : les entreprises et les travailleurs indépendants « localisables » c'est-à-dire disposant d'un local où ils exercent l'essentiel de leurs activités professionnelles. Ces locaux peuvent être des boutiques, des salons de coiffure, des ateliers de couture etc. Le problème de localisation ne se pose pas généralement pour les UPI. Même si l'enquête de l'UEMOA (2001-2002) met en évidence des problèmes de précarité avec seulement moins de 20 % des UPI disposant d'un local spécifique, près de 80 % des UPI sont abritées dans des installations de fortune. Seule une infime partie de ces UPI ne dispose d'aucun local. Par contre, au sein des travailleurs indépendants, il existe une part significative d'actifs rarement « sédentaires » par manque de local ou de par la nature de leurs activités (marchands ambulants, cireurs de chaussures etc.).

En plus d'être difficilement localisables, ces travailleurs appartiennent généralement à l'économie informelle de subsistance et ne génèrent pas suffisamment de ressources pour acquitter des cotisations même modestes. Cette catégorie de travailleurs pourrait être concernée par la troisième phase.

Sachant que plus de 75 % des UPI sont réduites à une seule personne et moins de 8 % emploient plus de trois personnes, l'affiliation obligatoire pourrait concerner seulement les chefs d'entreprise. Ces derniers pourraient avoir la possibilité de couvrir leurs familles, les apprentis, les deux groupes ayant parfois de fortes caractéristiques communes. En effet, si on se réfère à l'enquête de l'UEMOA, plus de 20 % des travailleurs permanents de l'unité de production informelle sont des aides familiaux : le travail en famille est une pratique courante dans l'économie informelle. Dans cette hypothèse, le reste des employés et apprentis non couverts sera examiné tout comme certains travailleurs indépendants dans la troisième phase.

- *Création des mutuelles publiques nationales pour le secteur informel*

La création des mutuelles publiques dans chaque département semble être l'outil institutionnel adéquat à la prise en compte de la spécificité du secteur informel. Au Ghana, la création des DMHIS financées par les pouvoirs publics avec la participation des bénéficiaires fut déterminante pour la couverture de ces nombreux travailleurs du secteur informel n'ayant pas pu adhérer au sein d'une mutuelle de santé privée. Le Rwanda a réussi à étendre la couverture maladie aux secteurs informel et agricole grâce à des mutuelles de district gérées par l'administration locale, en partenariat avec les centres de santé publics, et financées par les donateurs, le gouvernement et les paiements des bénéficiaires.

L'expérience de ces deux pays met en évidence la nécessaire implication étatique pour assurer la couverture maladie des actifs de l'économie informelle. Nous proposons la création des mutuelles nationales sous le même modèle que les DMHIS. Elles ne seront pas en concurrence avec les mutuelles existantes mais les compléteront. Chaque département pourrait avoir une mutuelle nationale avec des démembrements au niveau communautaire. Nous reviendrons sur l'organisation de ces mutuelles dans la partie « structure organisationnelle ».

- *Sélection du mécanisme de financement*

Aucun pays n'a réussi à garantir l'accès immédiat à tous pour tous les services pouvant préserver l'amélioration de la santé à cause des contraintes de ressources. La situation des pays à faible revenu est particulièrement délicate où l'accès est soins est encore un luxe pour la grande majorité de la population (OMS, 2010). La quête de la solution la plus efficace pour minimiser le nombre d'individus dépourvus de couverture médicale est une préoccupation permanente pour de nombreux pays et institutions internationales. L'Organisation Internationale du Travail s'appuie sur ces différents mécanismes de financement pouvant contribuer à la généralisation de la couverture maladie universelle :

- l'assurance fondée sur les recettes fiscales ;
- la micro-assurance ;
- les systèmes à base communautaire ;
- l'assurance privée à but lucratif ;
- l'assurance privée à but non lucratif ;
- l'assurance maladie sociale.

De La ROSA et SCHEIL-ADLUNG (2007) écartent d'emblée l'assurance privée à but lucratif n'étant pas adaptée à la spécificité du secteur informel. Elles présentent les avantages et inconvénients de chaque mécanisme de financement comme suit :

- L'assurance fondée sur les recettes fiscales permet de répartir les risques sur l'ensemble de la population. Toutefois, ce mode de financement est instable et souvent insuffisant en raison de la concurrence des autres dépenses publiques ;
- Les systèmes de micro-assurance et les systèmes à base communautaire permettent d'atteindre les travailleurs du secteur informel mais aussi les segments de population les plus vulnérables. L'instauration d'un contrôle social strict limite les abus et les fraudes tout en contribuant à la confiance dans le système. Cependant, leur couverture est habituellement limitée à un faible pourcentage de la population. De plus, sans subventions, la population pauvre est généralement exclue ;
- L'assurance maladie sociale obligatoire : ses avantages et inconvénients sont résumés dans le tableau suivant :

<u>Tableau 38</u> : Avantages et des inconvénients des mécanismes de financement de l'assurance maladie sociale obligatoire

Mécanisme de financement	Avantages	Inconvénients	Pays
Assurance maladie sociale obligatoire	Génère des recettes stables	Les pauvres sont exclus sauf en cas de subvention de la part de l'Etat	Ghana – NHIS Philippines – PHIC Corée – NHI Kenya – NSHIF
-Financée par les taxes sur le salaire, la participation est obligatoire et la couverture est définie par la loi.	Souvent soutien solide de la part de la population	Les cotisations sur la feuille de paie peuvent réduire la compétitivité et entraîner une augmentation du chômage.	
- Des subventions pour les pauvres sont habituellement prévues et la fourniture des services se fait souvent par l'intermédiaire du secteur privé/de la sous-traitance	Accès ménagé à un ensemble important de services	Complexe à gérer, la gouvernance et la responsabilité peuvent poser des problèmes.	
L'organisation est faite par l'intermédiaire d'un fonds indépendant. L'assurance maladie nationale est une variante de cette catégorie	Participation des partenaires sociaux Répartition entre catégories de la population couverte à risques élevés et à risques faibles, et à revenus élevés et à revenus faibles	Peut entraîner une escalade des coûts à moins que les mécanismes de sous-traitance efficaces ne soient pas en place.	

Source : De La ROSA et X. SCHEIL-ADLUNG (2007)

A l'évidence, il n'existe pas un mécanisme de financement « magique » ne comportant que des avantages. L'Assurance maladie sociale obligatoire qui a enregistré les meilleurs résultats en termes de couverture au sein du continent africain comporte également certaines insuffisances. Le défi dans les pays en développement est de réduire au maximum ses inconvénients pour permettre l'accessibilité des services sanitaires pour la grande majorité de la population tout en préservant et/ou créant les conditions de compétitivité de l'économie. Pour le Sénégal, une association de contributions publiques, de taxes affectées et des cotisations des bénéficiaires pourrait être envisagée pour financer la couverture maladie obligatoire des travailleurs du secteur informel.

Les contributions publiques

Le Sénégal est confronté à une forte augmentation de la dette publique mais aussi une limitation des dépenses publiques pour respecter les engagements pris auprès des institutions de Bretton Woods. Trouver des ressources financières pour participer à la couverture maladie des travailleurs du secteur informel n'est donc pas un exercice simple d'autant qu'il faut qu'elles soient stables pour assurer la pérennité du système. En outre, elles ne doivent pas compromettre la compétitivité de l'économie déjà affectée par une faible productivité du travail et des entreprises mais aussi une main-d'œuvre chère. Des sources de financement nécessitant quelques sacrifices, de la part de la classe la plus aisée notamment, sous formes d'impôts et de taxes affectées en plus des cotisations des adhérents sont envisageables.

- *L'Impôt pour la Santé et l'Insertion (ISI)*

Une taxe supportée par l'ensemble de la population pourrait entraîner la baisse de la consommation de très nombreuses catégories vulnérables et influer négativement sur la croissance économique. Une augmentation du niveau général des prix ne pourrait qu'appauvrir cette population déjà fragile vivant dans des conditions précaires. Le fait d'opter pour la participation des classes les plus aisées n'est certainement pas sans risque. Nous pensons que toute taxe sur elles est susceptible de générer un risque de fuite des cerveaux ou peut freiner l'investissement privé. Nous pensons également que le statu quo est aussi source de risques encore plus importants. Le fait qu'il n'y ait pas une politique étatique de redistribution des revenus créée une situation où l'opulence est en contact permanent avec la misère. Le Sénégal est certes un pays caractérisé par sa stabilité mais le récent printemps

arabe met en évidence le fait qu'aucune nation n'est à l'abri du soulèvement populaire dès lors que le sentiment d'injustice sociale est partagé par la majorité de ses habitants. Cette participation pourrait consolider la cohésion sociale, rendre accessible les services de santé pour des très nombreux travailleurs du secteur informel et éviter les crises sociales dévastatrices.

Le Sénégal n'a pas instauré un impôt sur la fortune même si l'impôt sur le revenu tient compte de la différence des ressources perçues et de la situation familiale du contribuable. Selon la DPEE (2010), l'Impôt sur le Revenu des Personnes Physiques (IRPP) a remplacé les divers impôts cédulaires et l'impôt général sur le revenu. Plafonné à 50 % des revenus totaux, cet impôt obéit au principe de la progressivité (cf annexe 30). En effet, l'augmentation du revenu brut entraîne l'accroissement du taux. Toutefois, le taux d'imposition marginal est plus élevé pour les ménages à faible revenu et tend à baisser avec les ménages plus aisés.

Un taux de participation de 2.5 % prélevé à la source paraît réaliste. Ce même taux a été appliqué au Ghana pour tous les travailleurs du secteur formel dans le cadre du financement de l'assurance maladie obligatoire. A la différence de ce pays, l'impôt pourrait être exclusivement supporté par les hauts revenus des secteurs public et privé. Cet impôt que nous appelons l'ISI pourrait efficacement participer à une plus grande accessibilité des services sanitaires mais aussi à contribuer à la formalisation des activités informelles. L'ISI pourrait être supporté par les travailleurs percevant des salaires supérieurs ou égaux à **500 000 F** CFA par mois. Nombreux sont les travailleurs du secteur public percevant une rémunération mensuelle supérieure ou égale à **500 000 F** CFA (soit cinq fois le salaire médian dans le secteur moderne structuré). En effet, magistrats, enseignants du supérieur, hauts-fonctionnaires, médecins etc. pourraient et devraient participer au financement de la couverture maladie. Le secteur privé, en pleine expansion, génère les plus hauts revenus avec notamment ses cadres supérieurs.

Assurément, au moins **100 000** travailleurs disposeraient des salaires supérieurs ou moins égaux à **500 000 F** CFA. Sachant qu'il existe probablement plus de **100 000** salaires supérieurs à **500 000 F** CFA, avec notamment les élus locaux et nationaux, l'ISI pourrait raisonnablement doter à la couverture maladie un apport annuel au moins estimé à **20 milliards de francs CFA**.

- *Les taxes affectées*

Ne sachant pas par avance l'ampleur des dépenses vu le déficit d'informations précises portant sur l'économie informelle, deux principales taxes affectées au financement de la couverture maladie de ce secteur pourraient être réalistes : la taxe nutritionnelle et la TVA sociale portant sur les produits du tertiaire. La deuxième et la troisième phase pourraient entraîner la modification des taux ou nécessiter de nouvelles autres sources de financement.

- *La taxe « nutritionnelle »*

Le diabète fait des ravages en Afrique et la prise en charge médicale n'est accessible que pour quelques privilégiés capables de supporter le coût du traitement. L'obésité, souvent considérée comme une maladie des pays riches, prend de l'ampleur dans le continent africain où l'équilibre alimentaire ne constitue pas encore une priorité En général, le goût prend toujours le dessus sur l'apport nutritionnel. Beaucoup reste à faire pour que la population, les enfants surtout, s'intéresse à la diététique. Une éducation alimentaire serait utile pour éviter une consommation excessive des aliments pouvant nuire à la santé. Aujourd'hui la simple information dont dispose la population vient de la publicité peu encline à mettre en garde sur les conséquences des produits en termes de santé. Les boissons sucrées, bonbons et autres sucreries font de nombreux dégâts au sein de la population jeune. Taxer ces produits pourrait faire baisser la consommation, de lutter contre la malnutrition et d'autres pathologies graves en plus de générer des fonds conséquents. Une telle taxe portant sur les sodas existe déjà aux Etats-Unis et désormais en France. A chaque fois, l'objectif espéré est de lutter contre l'obésité et le surpoids, économiser des frais médicaux et générer des recettes fiscales pouvant contribuer à la politique sanitaire.

Aux Etats-Unis, les taxes Sodas sont instaurées dans une quarantaine d'Etats. Elles représentent en moyenne 5.2 % du prix. Des chercheurs américains ont mis en évidence son intérêt dans la revue *Health Affairs*. Elle permettrait aux Etats-Unis d'économiser 17 milliards de dollars de frais médicaux sur 10 ans. Une étude de la Columbia University de New York a modélisé une taxe plus significative « 1 penny per ounce » (soit l'équivalent de 26.6 euros/hl. Les conséquences économiques et sanitaires seraient considérables :

- baisse de 15 % de la consommation des sodas, du nombre d'adultes obèses de 1.5 % en 10 ans, de 2.6 % du taux de nouveaux cas de diabètes ;

- 17.1 milliards de dollars d'économies de frais médicaux tout en rapportant 13 milliards à l'Etat ;
- En 10 ans, prévention de 95 000 infarctus du myocarde, 8 000 accidents vasculaires cérébraux (AVC) et 26 000 décès prématurés (LOURY, 2012).

En France, la taxe sur les boissons gazeuses sucrées est fixée à 3.58 euros par hectolitre, les eaux et jus de fruit (sans sucres ajoutés) n'étant pas concernés par la mesure. Cette taxe devrait rapporter à la sécurité sociale 120 millions d'euros en 2012 (PHAM, 2011). Elle est entrée en vigueur le 1er janvier 2012.

Toutefois, aussi bien en France qu'aux Etats-Unis, l'apport positif de cette taxe sur la santé ne fait pas l'objet d'un consensus. L'opposition prévisible des industriels est appuyée par certains chercheurs jugeant cette mesure inefficace. PETKANTCHIN (2011) a fait un véritable réquisitoire contre l'instauration de cette politique fiscale, la jugeant inefficace et illégitime. Son impact sur la santé étant négligeable, elle serait juste un prétexte pour trouver des fonds destinés à financer les déficits publics. L'auteur s'appuie sur l'exemple des Etats-Unis où cette taxe n'aurait pas obtenu les effets escomptés en termes de lutte contre le surpoids et l'obésité. Des experts ayant reconnu que cette politique fiscale ait entraîné une baisse, à la marge, de la consommation des sodas entre 1988 et 2006, précisent que ses effets sur la lutte contre l'obésité et le surpoids étaient négligeables. Pour PETKANTCHIN (2011), les effets de l'instauration de cette taxe américaine sont méconnus à long terme. A court terme, ils seraient décevants à cause du changement de comportement face à la politique fiscale. Les enfants et les adolescents se seraient mis à consommer des boissons plus calorifiques et moins chères. En ce qui concerne les adultes, l'augmentation d'un point de pourcentage de la taxe sodas correspondrait à une baisse de l'indice de masse corporelle de 0.003. L'auteur reconnait, néanmoins, un mérite à cette taxe. Elle permet de faire accepter politiquement l'idée d'une taxe nutritionnelle. En outre, elle servira de prétexte aux autorités qui vont l'augmenter à chaque fois pour des raisons complètement différentes de la santé.

Cette taxe nous semble efficace et transposable dans un pays en développement comme le Sénégal. Elle aura probablement des effets différents qu'aux Etats-Unis, la pauvreté américaine n'étant pas la même qu'au Sénégal, le pouvoir d'achat non plus. Si dans la première puissance économique mondiale, les sodas sont consommés par la presque totalité de la population, leur consommation demeure occasionnelle pour les catégories sénégalaises les plus vulnérables. La hausse des prix pourrait limiter cette consommation aussi minime soit-elle et influer sur celle des classes moyennes et aisées. Cette taxe pourrait être élargie à

tous les produits contribuant à la malnutrition et sources de pathologies nuisibles pour les hommes et coûteuses pour l'économie. Nous pensons à certains bonbons, sucreries etc. qui pourraient figurer par convention sur une liste modifiable en fonction des nouveaux produits ou des corrections apportées sur ceux existants déjà.

- *La TVA « sociale »*

Le terme « TVA sociale » ne correspond pas à une mesure sociale destinée à améliorer la situation des travailleurs ou catégories de population les plus vulnérables. Elle consiste à augmenter le taux de TVA pour financer les dépenses sociales (Politique.net, 2012). Elle est utilisée dans de nombreux pays généralement pour lutter contre les déficits des régimes sociaux, alléger les charges sociales supportées par les entreprises.

Dès 1987, le Danemark a voté une « TVA sociale » pour stabiliser l'économie en surchauffe et gagner en compétitivité extérieure. Entrée en vigueur en 1992, elle s'est traduite par une hausse de la TVA de trois points (de 22 % à 25 %). Cette mesure fiscale n'avait pas directement influé sur le financement de la protection sociale mais a permis d'alimenter l'ensemble des ressources budgétaires. L'Allemagne l'a également adoptée le 1er janvier 2007 en augmentant la TVA de trois points (de 16 à 19 %) pour financer la baisse des cotisations chômage employeurs (DELAVEAU, 2007). En France, le projet de cette taxe spécifique prévue par le Président Nicolas SARKOZY prévoyait d'augmenter la TVA de 1,6 point, ce qui devait rapporter 10,4 milliards d'euros destinés au financement de la sécurité sociale et à alléger les charges sociales (LEVEQUE, 2012). Elle a cependant été abandonnée par le nouvel exécutif Cette mesure fiscale n'est pas uniquement utilisée par les pays industrialisés. Pour financer l'AMO, le Ghana fait un prélèvement de 2,5 % sur la TVA s'élevant à 12,5 %, ce qui lui permet d'assurer le financement de 70 à 75 % des dépenses de l'AMO. Le Chili, pays à revenu intermédiaire, a introduit depuis 2003 une augmentation de la TVA de 1 % destinée à financer la santé (OMS, 2010). La TVA « sociale » pourrait être envisagée pour le financement de la couverture maladie des travailleurs du secteur informel.

Au Sénégal, le taux de TVA standard est de 18 %. Il existe un taux réduit de 10 % appliqué aux produits locaux et à certaines importations notamment les biens de grande consommation (fruits et légumes, papiers etc.). Les produits touristiques font l'objet d'un taux intermédiaire de 15 % (Lemoci, 2011). Sachant qu'en général une hausse de la TVA se traduit par une augmentation des prix de détail, cette taxe spécifique pourrait concerner exclusivement les produits du tertiaire pour ne pas affecter le pouvoir d'achat de la majorité la

plus vulnérable. Les autorités publiques pourraient établir par convention une liste de produits de luxe généralement inaccessibles aux classes populaires tels que les montres et bijoux en or, les costumes etc. Une augmentation de 2 points apparaît réaliste. L'impact sur la consommation de ces produits ne serait pas nécessairement négatif à cause de la combinaison des effets Cliquet et de Démonstration. L'effet Cliquet ou effet Mémoire met en évidence un phénomène observé dans presque toutes les sociétés. Une fois un niveau élevé de consommation atteint, la personne répugne en général à le baisser même s'il subit une baisse de revenu. Il peut être amené à s'endetter ou à vendre une partie de son patrimoine pour compenser la perte de son pouvoir d'achat. L'effet de démonstration est également présent dans presque toutes les cultures. Consommer au dessus de ses possibilités pour s'identifier à une classe sociale plus aisée est une pratique courante dans les pays en développement.

Cette mesure fiscale présente donc l'avantage de pouvoir générer des recettes conséquentes pour la santé tout en comportant un risque d'impact économique négatif limité.

- *Les cotisations*

Les cotisations payées d'avance améliorent l'accessibilité aux soins de santé en offrant une meilleure protection contre certaines conséquences financières imprévues (OMS, 2004). Fixer leur montant est un exercice toujours délicat surtout quand la population ciblée est très diversifiée et les informations la concernant peu précises. Les cotisations devraient tenir compte de plusieurs paramètres : de l'hétérogénéité des revenus dans l'économie informelle, de la pérennité du régime mais également des primes exigées par les mutuelles existantes. Ces dernières réclament généralement des cotisations mensuelles relativement faibles aux adhérents. Selon NDIAYE (2006), dans une étude menée dans un groupe de 11 pays d'Afrique[52] en 2003, on recensait 622 mutuelles. Selon l'auteur, les 2/3 demandent moins de 300 FCFA par mois et par bénéficiaire. Au Sénégal, comme le montre le tableau suivant, cette contribution pouvait ne pas dépasser dans certaines mutuelles 100 francs CFA par personne et par mois.

[52] Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Tchad et Togo

<u>Tableau 39</u> : Primes, tickets modérateurs et paquets des bénéfices pour diverses mutuelles d'Afrique de l'Ouest

Mutuelle et région	Prime par personne et par mois, en $US (2003)	% ticket modérateur	Gamme de prestations
And Faggarou Thiès Sénégal	0.35 $ par personne et par mois + 1.72 $ de paiement initial unique	0 %	Soins prénataux et postnataux Planification familiale Accouchements Soins de santé primaires Médicaments Hospitalisation
Fissel Thiès Sénégal	0.17 $ par personne et par mois + 0.86 $ de paiement initial unique	20 %	Accouchements Hospitalisation (seulement les médicaments) Médicaments (soins ambulatoires) Soins de santé primaires Transports
Darou Mousty Louga Sénégal	0.17 $ par personne et par mois + 1.72 $ de paiement initial unique	Hospitalisation : 0 % Tous les autres services : 50 %	Accouchements Hospitalisations (seulement les médicaments) Médicaments (soins ambulatoires) Soins de santé primaires Soins prénataux

Nota : 1$ US = 580 FCFA
Source : PHR plus (2004), Un aperçu du financement communautaire de la santé

Un montant inférieur à la prime des autres mutuelles risquerait non seulement de contraindre ces dernières à disparaître mais surtout d'engendrer des coûts excessifs pouvant compromettre l'avenir du système. A l'inverse, un niveau de cotisation trop élevé pourrait être rejeté par la population malgré le caractère obligatoire de l'assurance.

Deux niveaux de cotisations pourraient être envisagés pour tenir compte de l'hétérogénéité du secteur informel, chacun correspondant à un niveau de prestations. Pour rappel, le salaire mensuel moyen dans l'économie informelle est de 64 000 FCFA (soit un revenu annuel de 768 000 FCFA). Cependant, la moitié des travailleurs du secteur informel perçoit des revenus mensuels inférieurs à 23 000 FCFA (soit un revenu annuel inférieur à 276 000 FCFA).

Un taux de cotisation s'étalant entre 1 et 5 % serait réaliste et probablement conforme aux attentes des travailleurs du secteur informel. Les résultats de l'enquête de l'ONG ENDA Graf, repris dans le chapitre précédent, révélaient que les ménages disposant de revenus annuels inférieurs à 500 000 FCFA étaient prêts à consacrer 4.2 % de leurs ressources à la couverture médicale de leur famille, ceux ayant des revenus compris entre 500 000 et 1 000 000 FCFA étant favorables à un taux de 2.8 %.

Tenir compte des familles oblige à quantifier le nombre d'individus la composant pour pouvoir évaluer la contribution de chaque bénéficiaire. A l'instar de la presque totalité des pays musulmans, le code de famille autorise la polygamie au Sénégal, ce qui rend difficile de comptabiliser le nombre moyen de personnes par famille. Le nombre d'enfants par femme peut toutefois donner une tendance sur la composition de la famille. En 2010-2011, ce nombre est de 5, selon l'ANSD (2012). Le nombre de personnes par famille pourrait donc être de 7 du fait que la polygamie est beaucoup moins développée que la monogamie et concerne majoritairement le monde rural. En effet, selon l'ANSD (2006), lors du Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RRGPH) en 2002, 42 % des femmes mariées étaient en union polygamique, le fait d'avoir plusieurs épouses étant plus fréquent dans le monde rural qu'en milieu urbain (55.6 % contre 41 %).

- Le premier palier de cotisations pourrait correspondre aux prestations minimales en tenant compte des revenus perçus par la majorité des travailleurs de l'économie informelle. Un taux de 4.2 % donnerait des cotisations de l'ordre de 1000 FCFA, soit 150 FCFA par bénéficiaire et par mois.
- Le second palier pourrait être optionnel et concernerait prioritairement les ménages percevant en moyenne 64 000 FCFA. En appliquant un taux de 2.8 %, la cotisation par famille serait de 1800 FCFA (soit 250 FCFA par bénéficiaire).

Les cotisations par bénéficiaire dans le premier comme le second palier, correspondant à des primes appliquées par la grande majorité des mutuelles existantes, seraient réalistes.

- *Prestations à couvrir*

L'insuffisance des moyens financiers dans les pays à faible revenu impose à faire des choix difficiles entre la couverture des services pouvant améliorer la santé de la population ou des services susceptibles d'éviter aux ménages des dépenses colossales. Il est donc important de mener des enquêtes approfondies auprès des établissements de santé pour cerner les services médicaux les plus utilisés, ceux nécessitant des dépenses significatives (USAID, 2010). NDIAYE (2006) a classé les prestations de 366 mutuelles par fréquence décroissante dans le tableau suivant, un classement reflétant la préférence généralement donnée par les populations aux médicaments d'abord, aux soins les plus fréquents ensuite.

***Tableau 40*: Classement des prestations selon leur fréquence dans les garanties des mutuelles de santé fonctionnelles**

Prestations	Nombre de mutuelles	Pourcentage
Médicaments génériques	285	77.9 %
Accouchement simple de 1er niveau	212	57.9 %
Césarienne	201	54.9 %
Soins ambulatoires de 1er niveau	197	53.8 %
Petite hospitalisation	185	50.5 %
Consultations prénatales de 1er niveau	176	48.1 %
Accouchement avec complications	166	45.4 %
Chirurgie	159	43.4 %
Autres consultations préventives	151	41.3 %
Soins ambulatoires de 2e niveau	143	39.1 %
Transport en ambulance	136	37.2 %
Consultations prénatales de 2ème niveau	119	32.5 %
Echographie	119	32.5 %
Spécialités médicamenteuses	111	30.3 %
Prise en charge de maladies chroniques 2ème niveau	92	25.1 %
Gynécologie	85	23.2 %
Prise en charge de maladies chroniques 1er niveau	82	22.4 %
Soins dentaires	76	20.8 %
Ophtalmologie	73	19.9 %
Autre	71	19.4 %
Examens de laboratoire	60	43.7 %
Transport avec moyens locaux	57	15.8 %
Lunettes	39	10.7 %
Prothèse dentaire	38	10.4 %
Examens radiologiques	19	5.2 %

Source : NDIAYE (2006)

Au vu des tableaux 39 et 40, on constate que les médicaments (soins ambulatoires[53] 1er niveau), les soins de santé primaires[54], les soins néonataux et postnataux paraissent prioritaires et garantis par une très grande majorité de mutuelles. Ce forfait pourrait correspondre au premier palier de cotisation et donc accessible à tous les adhérents. A partir du second palier, d'autres services sanitaires pourraient être garantis en fonction de la cotisation des bénéficiaires. Une liste de l'ensemble des prestations pourrait être définie et médiatisée, celle du Système d'Assurance Maladie du Ghana pouvant servir de référence (cf annexe 31).

- *La maîtrise des coûts*

Elle a pour objectif de rendre le régime d'assurance maladie obligatoire solvable et financièrement autonome. Essentielle pour tout système, cette maîtrise nécessite des méthodes efficaces pouvant être onéreuses, d'où la nécessité de s'assurer que les économies engendrées soient supérieures aux coûts de fonctionnement. La définition des prestations peut permettre de contribuer à la maîtrise des coûts grâce à certaines clauses :

- franchises ;
- tickets modérateurs ;
- plafond sur les prestations ;
- non couverture des services coûteux tels que les greffes d'organes ou dialyses ;
- couverture uniquement des médicaments génériques ou une liste de médicaments essentiels etc. (USAID, 2010).

De nombreuses mutuelles n'ont pas mis en place un ticket modérateur ni des franchises. L'exiger dans le système de couverture maladie obligatoire pourrait avoir un effet négatif sur l'attractivité du régime. Les travailleurs capables et désireux d'être en conformité pourraient être amenés à adhérer dans d'autres mutuelles, ce qui serait toujours une avancée

[53] Les soins ambulatoires sont des soins (y compris le diagnostic, l'observation, de traitement et de réadaptation) effectués pour des patients non hospitalisés (Dictionnaire Santé, 2007).

[54] " *Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination.*" (Carnets de Santé, 2012)

en termes de couverture. Cependant, on pourrait craindre qu'une partie significative ne fasse pas les mêmes efforts et que ces mesures accentuent les réticences d'une population généralement très méfiante vis-à-vis des autorités publiques. De plus, avec la faiblesse des revenus et la précarité caractérisant l'économie informelle, tout frais supplémentaire autre que les cotisations pourraient inciter de nombreux individus à renoncer aux soins ou à recourir à des pratiques alternatives potentiellement très dangereuses.

La couverture portant exclusivement sur des médicaments génériques pourrait être envisagée dès lors que le générique existe. Cette décision ne devrait pas rencontrer beaucoup de réticences d'autant que les pharmacies publiques privilégient déjà le générique. Elle pourrait inciter les officines privées à les imiter, susceptible de se traduire par une baisse générale du prix des médicaments. L'établissement des prestations minimales écarte d'emblée la couverture de certains services coûteux tels que les greffes d'organes et dialyses.

- *La structure organisationnelle*

« *La structure organisationnelle est le cadre dans lequel une organisation aménage les liens hiérarchiques et responsabilités internes, les relations et principes de communication entre les partisans, et leurs droits et devoirs respectifs. La structure organisationnelle détermine dans quelle mesure, et selon quelles procédures, les rôles, les responsabilités et les pouvoirs sont délégués, contrôlés et coordonnés, et la manière dont l'information circule entre les entités de l'organisation comme entre les différents niveaux de gestion.* » (USAID[55], 2010)

A l'instar du Ghana, le Système National d'Assurance Maladie pourrait être mis en place au Sénégal. Ce système décentralisé regrouperait les mutuelles publiques et celles existant déjà. L'organisation mise en place par la Ghana paraît réaliste et transposable. Deux institutions pourraient être créées : le Fonds National de l'Assurance maladie et le Conseil National de l'Assurance maladie avec les mêmes prérogatives que NHIF et le NHIC. L'équivalent de la NHIA pour la supervision et de la GHS pour la gestion des prestations de soins et de services seraient un impératif pour le bon fonctionnement du système. Une fois mise en place, cette organisation sera la même pour les deux phases suivantes.

[55] USAID (2010) – Manuel sur l'Assurance maladie, page 56

Cette première pourrait être la plus compliquée. A l'évidence, il faudrait du temps pour intégrer le principe de l'assurance obligatoire dans les mentalités et de la patience également pour parvenir à accroître significativement le taux de couverture médicale du secteur informel et de la population totale par ricochet. Des corrections et ajustements seraient probablement indispensables pour garantir la pérennité du système et l'intégration de nouvelles catégories de population dépourvues de couverture maladie.

Une étude approfondie du secteur informel rural et de la population la plus vulnérable du pays serait obligatoire avant d'entamer respectivement la deuxième et la troisième phase. Sachant que le secteur informel rural est également très hétérogène, la deuxième phase pourrait concernait principalement le monde agricole largement majoritaire. En 2002, d'après la Banque mondiale et al (2007), les ruraux occupés étaient au nombre de 2 461 310 dont 52 189 chômeurs. Parmi eux, on recensait 1 511 244 agriculteurs, ce secteur occupant plus de 60 % des activités rurales.

Toutefois, ce secteur agricole ne constitue pas non plus un bloc homogène, la main-d'œuvre agricole étant composée de deux principaux groupes regroupant divers sous-ensembles : la main-d'œuvre classique (permanente ou temporaire) et la main-d'œuvre occasionnelle. Selon la Direction de l'Analyse de la Prévention et des Statistiques (DAPS) (2009), la main-d'œuvre classique est principalement constituée des membres de la famille (3/4 de l'effectif), le reste étant composé de :

- 15 % d'aides familiaux (dont 8 % d'élèves et d'étudiants)
- 6 % personnel temporaire
- 2.4 % de personnel permanent salarié

La main-d'œuvre occasionnelle est appelée « Santanés » se définissant comme une manifestation d'entraide réalisée par un groupe de membres de la collectivité et destinée à venir en aide à un agriculteur. Sur 100 exploitations, 93 auraient recours à un santané.

La troisième phase pourrait centraliser les programmes d'assurance existants en offrant aux populations les plus vulnérables une assurance maladie moyennant une modeste contribution comme au Rwanda. Une telle initiative demande des moyens conséquents c'est pourquoi elle pourrait être mise en place à la suite des premières certitudes sur l'efficacité des phases 1 et 2.

Cette proposition se pourrait être plus concrète avec des données plus précises. La nature complexe du secteur informel, le manque de sources d'informations fiables, de données représentatives ne permettent pas une analyse coût bénéfice qui aurait été très utile. Malgré toutes ces imperfections, elle peut constituer une bonne base pour aider les travailleurs

du secteur informel urbain et rural à accéder aux services de santé, éducatifs, ce qui constitue un préalable à tout développement économique et humain.

CONCLUSION GENERALE

Dans cette thèse, nous avons tâché de décrypter un phénomène qui nous interpelle : l'absence de couverture sociale, phénomène concernant principalement les pays à faibles revenus et prenant de l'ampleur à l'intérieur des pays industrialisés. Nous nous sommes immiscés dans le débat sur l'apport de la protection sociale, débat accentué par un contexte de crise économique et d'économie mondialisée ne plaidant pas en faveur des dépenses sociales. Nous nous sommes attachés à analyser les répercussions des systèmes sociaux sur les performances humaines et économiques dans différents pays appliquant des politiques diverses.

Pour établir le lien entre protection sociale et performances humaines, nous avons commencé cette recherche en estimant la corrélation entre le niveau de développement économique et la qualité des ressources humaines. Cette relation était importante à démontrer pour mettre en évidence l'apport indirect de la protection sociale sur la productivité des travailleurs à travers l'économie. L'utilisation d'indicateurs économiques incontournables et largement perfectibles tel que le PIB a été nécessaire. Nous nous sommes appuyés sur des analyses théoriques et surtout empiriques pour aboutir à la conclusion que la qualité des ressources humaines d'un pays s'améliore au fur et à mesure que son développement économique. Par ricochet, tout élément entraînant un impact négatif ou positif sur les performances économiques, affecte la productivité du travail. Cette corrélation nous a conduit à déduire que la protection sociale, influant sur l'économie, génère au moins un effet indirect sur le rendement des hommes. La nature de cette influence étant sujette à controverses, nous avons, par la suite, essayé de l'évaluer à travers la littérature existante et des résultats d'expériences diverses en matière de politiques socioéconomiques.

La revue de littérature a mis en évidence divers positionnements sur l'impact de la protection sociale sur le plan économique et humain. Fondés sur la théorie néoclassique, les arguments évoqués pour pointer l'impact négatif de la protection sociale sur les performances économiques, ont été appuyés par des analyses empiriques. Bien que cet argumentaire soit défendable, nous avons émis des réserves concernant certaines positions nous paraissant contradictoires. Dans de nombreux cas où la protection sociale est considérée comme un frein à la compétitivité, il est possible de souligner les conséquences économiques négatives que son absence occasionnerait. Ses effets d'aubaine supposés (augmentation du salaire de réserve, dévalorisation du travail, etc.) ont été souvent jugés nuisibles à l'emploi. MAJNONI

d'INTIGNANO (2001) comparait dans ce sens le modèle américain, créateur d'emplois, au système européen se distinguant par un niveau de protection sociale élevé associé à un chômage de masse. Ce modèle américain pris comme référence présente pourtant un taux de chômage supérieur à celui de tous les pays de nordiques[56], dont le niveau de protection sociale est élevé. De plus, la prolifération des travailleurs pauvres accédant difficilement aux services sanitaires est beaucoup plus forte aux Etats-Unis que dans le continent européen. A l'évidence, un travailleur malade est moins productif que celui ayant les mêmes caractéristiques et disposant d'une bonne santé.

Ce constat peut être fait également sur les vertus la mondialisation mises en exergue par DOLLAR et KRAAY (2001) pour leur efficacité en matière de réduction de la pauvreté, de croissance économique et de lutte contre les inégalités sociales nationales et internationales. Leur démonstration, bien que s'appuyant sur une méthode robuste, occulte la situation sociale et les efforts entrepris par certains pays avant 1980 et après l'ouverture de leurs frontières. En effet, de fortes disparités existent entre le groupe des « mondialisateurs », présentant pour chaque pays une situation socioéconomique actuelle différente. Au même titre que le Brésil, le Costa Rica a été cité parmi les « mondialisateurs » ayant ouvert leurs frontières à partir des années 1980 et ayant profité du commerce international pour obtenir des résultats très satisfaisants en termes de développement économique. Nous avons eu l'occasion de citer le Brésil, qui, malgré ses performances économiques, est encore confronté à la pauvreté d'une partie significative de sa population associée à des inégalités sociales considérables. Sa situation contraste avec celle du Costa Rica qui a su montrer que si le commerce international est un atout, le développement social est un pilier essentiel pour lutter contre la pauvreté et les inégalités mais également accéder à une croissance durable. L'exemple de ce pays montre que le développement social n'est pas uniquement le résultat de la croissance économique mais plutôt un moyen efficace d'y parvenir.

Le Costa Rica a misé sur le social pour accroître sa productivité, se moderniser et de s'industrialiser. Durant les 3 décennies qui suivent la révolution de 1948, l'Etat a consacré près de 45 % des dépenses publiques au secteur social. De 1950 à 1980, de fortes augmentations salariales ont été enregistrées. Cette politique, portée sur l'humain, a permis l'amélioration de tous les indicateurs de développement économique et humain. Elle a permis une coexistence entre l'inégalité économique et des niveaux d'égalité culturelle et sociale.

[56] Ce Statistiques mondiales (2012), le taux de chômage des Etats-Unis s'établissant à 8.1 % en août 2012 est supérieur à celui de la Suède et de la Finlande (7.5 %), du Danemark (8 %) et de la Norvège (3.2 %).

L'enfant du fermier fréquente la même école et le même dispensaire que celui de l'employeur de son père. Entre 1960 et 1970, la pauvreté a régressé de 50 à 20 % des familles. De plus, les inégalités de revenus familiaux ont diminué. Les dépenses sociales ont également été fortement augmentées de 9 % du PIB en 1950 à 24 % en 1980. La généralisation des soins fut inscrite dans la Constitution. Entre 1950 et 1990, le revenu par habitant a plus que doublé, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 20 ans et la durée moyenne de scolarité s'est allongée de plus de 2 ans (GARNIER et al, 2002). Ce pays a bien entamé son redressement socioéconomique avant 1980 et a su profiter de la mondialisation après s'être donné les moyens d'être compétitif avec des ressources humaines productives. Sans remettre en cause les atouts de la mondialisation, elle a besoin d'intégrer des normes sociales pour répondre encore plus favorablement aux attentes portées sur elle. Elle a, certes permis aux pays les plus pauvres d'accéder à des biens et services de qualité que leur technologie ou la qualité de leurs ressources humaines ne sauraient développer. Elle profite également aux pays industrialisés en leur permettant de s'approvisionner en matières premières et de trouver des débouchés loin de leurs frontières. Son apport global mondial semble incontestable de même que ses conséquences négatives sur les populations les plus pauvres. La protection sociale pourrait permettre de faire du commerce international un outil influant positivement sur le plus grand nombre de ses acteurs.

La mise en place de régimes sociaux efficaces et équitables doit être un impératif pour les pays industrialisés et pour les pays à faibles revenus, les premiers devant accompagner les seconds si nécessaire. Comme le souligne VAN GINNEKEN (2005), il faut une stratégie mondiale pour soutenir les stratégies nationales d'extension de la couverture sociale afin de rendre la mondialisation équitable. Des mécanismes permettant aux plus vulnérables de profiter des fruits de la croissance sont nécessaires. Il est donc indispensable de mettre en place des dispositifs d'aide internationale pour créer une dimension sociale à la mondialisation.

D'un point de vue global, en dépit des difficultés d'évaluation, la comparaison des atouts et des insuffisances de la protection sociale nous a conduit à estimer que son apport est plutôt positif et indispensable au développement humain. Maîtriser les inégalités sociales, participer au bien-être et à l'épanouissement de la population en leur garantissant un accès facile aux soins, à la prévention, à l'éducation entraîne certainement des coûts significatifs. Seulement, ces dépenses sociales génèrent suffisamment d'effets directs et d'externalités pour contribuer efficacement à l'accroissement des gains de productivité du travail. Malgré ces ressources financières mobilisées et certains effets pervers, la protection sociale réduit les

inégalités entre les sexes, entre les générations mais également les écarts conséquents séparant la population la plus aisée et celle confrontée à une vulnérabilité profonde. Cette quête davantage de justice sociale ne traduit nullement une volonté de niveler les revenus puisque la préservation du mérité, l'équité et la justice sociale ne sont guère contradictoires.

La protection sociale constitue un impératif pour le développement durable, le seul garantissant, selon le Rapport BRUNTLAND (1987), la satisfaction des besoins élémentaires de tous, un processus conduisant à l'élargissement des possibilités de chacun, où l'exploitation des ressources, l'orientation de l'investissement et du développement technique de même que le changement institutionnel sont déterminés en fonction des besoins actuels et à venir. Le qualificatif de « durable » est, d'ailleurs, généralement associé au développement humain (TIZIO, 2004), ce qui place le bien-être des individus au cœur des priorités.

La protection sociale apporte une réponse adéquate à la survenance des risques sociaux. Ces derniers, dépendants de plusieurs paramètres, évoluent avec le temps. Il est donc judicieux de faire évoluer les systèmes de sécurité sociale existant afin qu'ils s'adaptent aux nouvelles aspirations des populations mais également à la réalité des performances économiques présentes et anticipées. Nous pensons que chacune des composantes de la protection sociale est utile mais agit différemment sur les ressources humaines de même que sur la croissance économique. Il serait judicieux de les classer par priorité, ce qui pourrait permettre de mieux maîtriser les déficits sociaux. L'accès pour tous aux services de santé semble plus efficace pour accroître la productivité des ressources humaines et contribuer au bien être de la population que la garantie des indemnités de chômage élevées.

Nous avons orienté notre recherche sur l'assurance maladie non seulement pour rendre lisible l'apport de la protection sociale mais aussi car elle nous parait prioritaire. L'apport de la santé n'est pas véritablement sujet à controverses dans la mesure où elle influe sur les hommes. Le questionnement portait sur la nature de la relation santé/croissance. Quelle variable dépend de l'autre ? Ayant mis en évidence leur interdépendance, nous nous sommes appuyés sur les travaux de ULMANN (1998, 2003), de SACHS (2001) pour montrer en quoi la santé est un véritable facteur de développement, un outil indispensable à la croissance économique. Constatant les fortes inégalités en termes de santé, les analyses empiriques de ROEMER (cité par RAY et al, 1988) et de De KERVASDOUE (1999) ont conduit à la conclusion qu'un système de santé est équitable et efficace que s'il est accessible, ce qui suppose une implication des pouvoirs publics. Cette intervention étatique n'est pas contraire à la libéralisation et n'est nullement nuisible à la compétitivité. La République de Corée a réussi

à généraliser les soins tout en accédant au développement économique et s'est appuyée sur des fonds publics pour doter les populations les plus vulnérables d'une couverture médicale. Il ne doit pas avoir un arbitrage entre les moyens nécessaires à la santé et ceux devant doper la croissance, les premiers faisant intégralement partie des seconds. L'expérience de certains pays tel Cuba permet de penser que l'élaboration d'une politique de santé efficace et accessible est possible pour tous les pays, quel que soit le niveau de développement économique. Le manque de moyens matériels dans les pays à faibles revenus ne doit plus expliquer la politique généralement minimaliste en termes de santé.

La deuxième partie nous a permis de cerner les difficultés propres à de nombreux pays en développement à travers l'exemple du Sénégal. Confrontés à une expansion massive de l'économie informelle, ces pays à faibles revenus disposent généralement d'une population active peu ou pas qualifiée et sont soumis à des difficultés d'accès aux soins, à la prolifération des pandémies et des épidémies. L'étude spécifique du Sénégal a pointé la vulnérabilité des travailleurs du secteur informel, l'insuffisance des résultats des différentes initiatives gouvernementales en termes d'extension de la couverture maladie mais également l'urgence de trouver des solutions efficaces et durables.

A l'instar des autres pays africains, le secteur informel sénégalais, poumon de l'économie locale, est confronté à une productivité insuffisante, à la faiblesse et à l'irrégularité de ses revenus. Le manque d'informations précises concernant les travailleurs de l'économie informelle témoigne du déficit d'encadrement, d'organisation et de soutien émanant des autorités publiques. La difficulté de mener des enquêtes représentatives est réelle. La productivité des ces travailleurs faibles est reconnue mais les études l'ayant mis en évidence sont rares, ce secteur étant difficilement modélisable. Il serait intéressant de mener des études à grande échelle pour intégrer ce secteur dans un modèle économique spécifique prenant compte son hétérogénéité, la vulnérabilité et la précarité profondes le caractérisant. Il serait également enrichissant de suivre l'évolution dans le temps des entreprises informelles devenues structurées. Cela pourrait donner des informations intéressantes sur le modèle d'entreprise pouvant intégrer la dimension culturelle locale. Ce modèle, probablement différent de celui que propose l'entreprise classique occidentale, pourrait à l'efficacité des entreprises des pays du Sud qui pourraient s'appuyer sur une organisation différente pour faire face aux défis de la mondialisation .

En défit des difficultés d'accès aux informations précises et représentatives, nous nous sommes appuyés sur les enquêtes de l'UEMO, d'ENDA GRAFF, de nos investigations pour

proposer une couverture maladie pouvant tenir compte des spécificités de l'économie informelle. Etant donné les faibles résultats obtenus dans le cadre des mutuelles à adhésion volontaire, nous nous sommes inspirés d'autres pays à faibles revenus ayant enregistré des résultats satisfaisants en matière d'accessibilité aux services sanitaires, pour proposer une assurance maladie obligatoire pouvant apporter des éléments de réponse face aux préoccupations actuelles des autorités locales mais surtout face à l'ampleur de la demande sociale émanant des catégories les plus vulnérables.

Cette assurance maladie obligatoire ne se limitant pas aux travailleurs du secteur informel urbain, devrait intégrer ceux évoluant dans le monde rural ensuite avant de prendre en charge les populations les plus vulnérables, dans l'incapacité de participer au financement du régime. A l'évidence, des sacrifices et une réelle volonté politique sont des préalables à une telle réforme. Les difficultés d'organisation, les réticences des individus devant contribuer au financement (notamment les plus aisés), la méfiance des travailleurs assimilant la cotisation à l'impôt seront autant de facteurs de blocages potentiellement nuisibles. Le Sénégal ne pourra pas constituer une exception, l'expérience ayant montré les nombreuses difficultés qui accompagnent la mise en place des réformes de cette envergure. Chaque étape de la protection sociale dans les pays développés a toujours été le théâtre d'une confrontation farouche entre partisans et détracteurs. En France comme en Suède, les réformes ont souvent été accompagnées de manifestations hostiles et de nombreux élus ont été sanctionnés dans les urnes avant de parvenir à leurs fins. Aucune réforme sociale de cette ampleur ne peut s'opérer dans une totale harmonie. Des mesures impopulaires s'imposeront et une pédagogie permanente devra accompagner les inévitables bouleversements mentaux et sociaux.

Bien qu'insuffisante pour vaincre les nombreux défis auxquels font face les travailleurs de l'économie informelle, la couverture maladie est un impératif. Aucun projet, aussi ambitieux soit-il, ne pourra doter tous les travailleurs du secteur informel urbain et rural de l'accès aux services sanitaires nécessaires, à la formation et au crédit. Simplement essayer de réduire au maximum cette partie majoritaire de la population active, en leur proposant une meilleure alternative, serait un salut pour tout pays en développement, un impératif pour plus de productivité, de croissance économique durable et de bien-être de la population. La stabilité politique ainsi que la cohésion sociale en dépendent. Ces réformes sont réalisables et indispensables. L'immobilisme accentuant la paupérisation, les dirigeants du Sénégal en particulier et ceux des pays en développement en général devraient impérativement trouver des solutions pour freiner l'ampleur de l'économie informelle et d'accroître l'amélioration

des conditions de vie de la population pour que l'avenir des générations futures soit moins indécis. L'interdépendance des différentes préoccupations de la population sénégalaise incite à rechercher des solutions contre la pauvreté intégrant la dimension sanitaire, éducative mais également des possibilités de formalisation des activités informelles. Le pays accédera difficilement au développement économique s'il ne parvient pas à garantir à ses ressortissants une santé suffisamment bonne pour faire face aux défis de productivité.

Ne vivant pas en autarcie et disposant de ressources financières et humaines limitées, le Sénégal aura besoin de minimiser ses blocages internes et externes pour mener à bien ces réformes. Le desserrement des contraintes financières, imposées par les bailleurs de fonds, influant négativement sur les dépenses publiques de santé, l'allégement de la dette extérieure et l'augmentation de l'aide internationale sont indispensables pour accroître la marge de manœuvre des dirigeants du pays. Enfin, cet apport extérieur sera optimisé si le Sénégal arrive à lutter contre les obstacles internes entravant le développement économique. La corruption, le clientélisme et le népotisme constituent des facteurs nuisibles à la bonne gouvernance, garant de la rigueur nécessaire à l'application des politiques publiques.

ANNEXES

Annexe 1 : Durée et taux d'emploi, en 2002

	Durée annuelle moyenne du travail des employés en heures	**Part de l'emploi à temps partiel en % de l'emploi total**	**Taux d'emploi en % de la population âgée de 15 à 64 ans**	**Taux de participation en % de la population âgée de 15 à 64 ans**	**Taux de chômage en % de la population active**
Etats-Unis	1800	13	71.9	76.4	5.8
Union Européenne (19)	1619		62.9	69.1	8.9
Zone Euro	1548				
Japon	1798	25.1	68.2	72.3	5.6
OCDE	1739		65.1	69.9	6.9
Allemagne	1443	18.8	65.3	71.5	8.6
Australie	1824	27.5	69.2	73.7	6.1
Canada	1731	18.7	71.5	77.4	7.7
Espagne	1813	7.6	59.5	67.1	11.4
Finlande	1727	11	67.7	74.5	9.1
France	1437	13.7	62.2	68.3	8.9
Irlande	1666	18.1	65	67.9	4.3
Italie	1599	11.9	55.6	61.2	9.1
Norvège	1342	20.6	77.1	80.3	4
Pays-Bas	1338	33.9	73.2	75.6	3.1
Royaume-Uni	1692	23	72.7	76.6	5.1
Suède	1581	13.8	74.9	79	5.2
Corée	2410	7.6	63.3	65.4	3.2
Grèce	1928	5.6	56.9	63.1	9.8
Hongrie	1766	2.8	56.2	59.7	5.8
Portugal	1697	9.6	68.1	72	5.4
Pologne	1958	11.7	51.7	64.8	20.3
République tchèque	1980	2.9	65.7	70.9	7.3
Slovaquie	1979	1.6	56.9	69.9	18.6
Autriche	1567	13.5	65.8	68.7	4.2
Belgique	1547	17.2	59.7	64.1	6.9
Danemark	1462	16.2	76.4	79.9	4.3
Mexique	1888	13.5	60.1	84.7	2.4

Note : le temps partiel correspond ici aux emplois de moins de 30 heures par semaine.
Source : statistiques de l'OCDE sur le marché du travail et PILAT (2004), cités par R. BOURLES et G. CETTE (2005)

Annexe 2 : Taux d'emploi en 2002 – en %

	Population âgée de 15 à 64 ans	Population âgée de 15 à 24 ans	Population âgée de 25 à 54 ans			Population âgée de 55 à 64 ans
	Total	Total	Total	Hommes	femmes	Total
Etats-Unis	71.9	55.7	79.3	86.6	72.3	59.5
Union Européenne (19)	62.9	37.4	76.2	85.4	67	39.2
Japon	68.2	41	78	92	63.9	61.6
OCDE	65.1	43.7	75.5	87	64.1	49.4
Allemagne	65.3	44.8	78.8	85.6	71.8	38.6
Australie	69.2	59.6	77.1	85.8	68.4	48.2
Canada	71.5	57.3	80.2	85.3	75.2	50.4
Espagne	59.5	36.6	70.1	85.8	54.2	39.7
Finlande	67.7	39.4	81.6	84	79.1	47.8
France	62.2	24.1	79.4	87.4	71.6	39.3
Irlande	65	45.3	76.6	87.6	65.6	48
Italie	55.6	26.7	70.1	86	54	28.9
Norvège	77.1	56.9	84.4	81.1	80.6	68.4
Pays-Bas	73.2	66.9	81.9	91.2	72.5	41.8
Royaume-Uni	72.7	61	80.6	87.2	73.8	53.3
Suède	74.9	46.5	84.2	85.9	82.4	68.3
Corée	63.3	31.5	73.4	88.7	57.7	59.5
Grèce	56.9	27	71.5	89	54.7	39.2
Hongrie	56.2	28.5	73	79.7	66.5	25.6
Portugal	68.1	41.9	81.5	89.4	74	50.9
Pologne	51.7	20	67.5	73.1	61.9	27.9
République tchèque	65.7	33.7	82.5	90.2	74.6	40.8
Slovaquie	56.9	27.2	75.1	79.5	70.6	22.9
Autriche	65.8	48.7	80.1	86.8	73.2	27.6
Belgique	59.7	28.5	76.6	86.2	66.8	25.8
Danemark	76.4	64	84.7	88.7	80.8	57.3
Mexique	60.1	46	68.4	94.5	45.8	53.1

Source : Statistique de l'OCDE sur le marché du travail citée par R. BOURLES et G. CETTE (2005)

Annexe 3 : Le poids de la PCS et du revenu dans la sociabilité en France

	Taux d'adhésion à au moins une association (2005)	**Nombre moyen d'interlocuteurs par semaine (1997)**
PCS		
Ouvriers (y compris ouvriers agricoles	30 %	8,5
Employés	35 %	9,8
Artisans, Commerçants, chefs d'entreprise	43 %	7,1
Retraités	46 %	7,4
Professions intermédiaires	51 %	11,2
Agriculteurs exploitants	55 %	9,1
Cadres et Professions intellectuelles Sup.	58 %	10,8
Niveau de vie (RDB/UC)		
1er quartile	32 %	7,7
2e quartile	41 %	8,4
3e quartile	48 %	8,8
4e quartile	57 %	9,8
Ensemble	**42,5**	**8,8**

Source : G. CAIRE (2009) avec les données de l'Insee, enquêtes permanentes sur les conditions de vie

Annexe 4



Source : F. BOURGUIGNON (2011), PSE-Ecole d'économie de Paris, Collège de France, http://www.college-de-france.fr/media/pierre-rosanvallon/UPL56556_BOURGUIGNON_Coll_ge_23_02_11.pdf

Annexe 5 : Dépenses de protection sociale, taux de pauvreté et inégalités de revenus dans l'Union européenne

	Dépenses de protection sociale/PIB en 2004	**Dépenses de protection sociale/PIB hors retraites en 2004 (en %)**	**Taux de pauvreté avant pensions et avant autres transferts sociaux en 2005 (en %)**	**Taux de pauvreté après pensions et avant autres transferts en 2005 (en %)**	**Taux de pauvreté après transferts sociaux en 2005 (en %)**	**Ecart entre le revenu des pauvres et le seuil de pauvreté en 2005 (en %)**	**Inégalités de revenu Rapport S80/S20 en 2005**
Allemagne	29.5	16.2	44	24	13	20	4.1
Autriche	29.1	14.8	43	24	12	15	3.8
Belgique	29.3	18.2	42	28	15	19	4.1
Chypre	17.8	11.1	29	22	16	19	4.3
Danemark	30.7	19.7	39	31	12	16	3.5
Espagne	20.0	10.8	39	24	20	25	5.4
Estonie	13.4	7.2	39	24	18	24	5.9
Finlande	26.7	15.5	40	28	12	14	3.6
France	31.2	18.1	45	26	13	17	4.0
Grèce	26.0	13.1	39	23	20	24	5.8
Hongrie	20.7	11.4	50	29	13	19	4.0
Irlande	17.0	12.9	40	32	20	20	5.0
Italie	26.1	11.4	43	23	19	24	5.6
Lettonie	12.6	5.8	40	26	19	27	6.7
Lituanie	13.3	6.6	42	26	21	28	6.9
Luxembourg	22.6	12.5	40	23	13	18	3.8
Malte	18.8	9.5	37	21	15	18	4.1
Pays-Bas	28.5	15.6	37	22	11	21	4.0
Pologne	20.0	6.7	51	30	21	30	6.6
Portugal	24.9	12.5	42	26	19	27	6.9
République Tchèque	19.6	11.2	39	21	10	18	3.7
Royaume-Uni	26.3	15.6	43	31	18	21	5.5
Slovaquie	17.2	9.9	40	22	13	23	3.9
Slovénie	24.3	13.4	42	26	12	19	3.4
Suède	32.9	20.3	42	29	9	18	3.3
UE (15 pays)	27.6	15.3	43	26	16	22	4.8
UE (25 pays)	27.3	15.0	43	26	16	22	4.9

Source M. ELBAUM (2008) avec des données d'Eurostat-SESPROS et SILC

Annexes 6 – Taux d'accroissement du PIB, de la Productivité (Brute et corrigée) du travail, et taux d'investissement pour 52 Pays, 1950-1960 (en pourcentage)

Pays	Accroissement annuel du PIB à prix constant	Taux moyen d'investisse-ment	Accroissement annuel de la productivité du travail	Accroissement annuel de la productivité corrigé du travail	Accroissement annuel de la productivité économiquement active
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Algérie	4,90	26,0	2,60	3,11	2,30
Allemagne(Rep. Féd.)	7,17	24,8	5,57	5,99	1,60
Argentine	1,66	21,2	0,12	0,45	1,54
Australie	4,11	28,8	2,06	2,69	2,05
Autriche	5,38	24,2	4,74	4,96	1,09
Belgique	3,13	17,6	2,94	3,02	0,19
Brésil	5,47	16,7	2,37	3,35	3,10
Canada	3,81	26,1	1,29	2,18	2,52
Ceylan	3,57	11,4	1,03	1,71	2,54
Chili	2,35	9,9	1,42	1,67	0,93
Chine (Taïwan)	6,55	15,9	3,39	4,59	3,16
Chypre	2,56	18,5	2,11	2,25	0,45
Colombie	4,57	18,0	2,04	2,84	2,53
Corée du Sud	4,53	12,4	1,17	2,17	3,36
Costa Rica	5,43	19,9	2,78	3,43	2,65
Danemark	3,13	19,3	2,16	2,42	0,97
Equateur	4,76	13,3	1,57	2,93	3,19
Espagne	5,25	16,3	4,40	4,61	0,85
Etats-Unis	3,20	18,3	1,23	1,80	1,97
Finlande	4,55	29,6	3,82	4,00	0,73
France	4,01	20,2	3,37	3,56	0,64
Grèce	5,48	18,7	2,93	3,93	2,55
Guatemala	4,85	12,6	1,86	2,93	2,99
Honduras	3,68	14,5	1,69	2,25	1,99
Irlande	1,74	17,9	2,80	2,54	1,06
Islande	6,78	30,4	4,80	5,39	1,98
Israël	7,90	28,7	3,71	4,81	4,19
Italie	5,83	22,7	4,75	5,10	1,08
Jamaïque	7,51	18,4	4,89	5,79	2,62
Japon	8,83	25,3	6,28	7,04	2,55
Luxembourg	3,86	23,2	2,78	3,19	1,08
Malaisie (Féd. de)	6,00	8,6	4,04	4,67	1,96
Malte	4,41	22,8	3,04	3,31	1,37
Ile Maurice	3,41	15,2	0,18	1,12	3,59
Mexique	5,05	14,5	1,71	2,78	3,34
Nigeria	4,71	10,2	3,00	3,51	1,71

Norvège	3,45	31,3	3,12	3,26	0,33
Nouvelle-Zélande	5,71	23,7	3,64	4,30	2,07
Panama	4,42	12,5	2,02	2,59	2,37
Pays-Bas	4,18	24,8	3,00	3,33	1,18
Pérou	3,36	24,3	0,82	2,31	2,54
Philippines	6,35	8,1	3,90	4,63	2,45
Porto Rico	5,78	21,1	5,22	5,32	0,56
Portugal	4,50	16,0	3,88	4,10	0,62
Royaume-Uni	2,57	16,3	2,00	2,15	0,57
Union sud-africaine	4,36	23,3	1,93	2,71	2,43
Suède	3,16	22,1	2,65	2,79	0,51
Suisse	4,41	24,9	2,87	3,34	1,54
Thaïlande	4,42	15,0	2,32	2,95	2,10
Tunisie	2,43	12,8	0,83	1,31	1,60
Turquie	6,22	12,5	3,89	4,64	2,33
Venezuela	7,17	26,2	4,30	5,15	2,87

Source : GALENSON Walter et Graham PYATT(1964), *Eléments qualitatifs de la valeur de la main-d'œuvre et développement économique dans certains pays*, Etude préliminaire, BIT Genève

Annexe 7 - Résultats de la régression du taux d'accroissement du produit par rapport au taux d'accroissement de la main-d'œuvre et au taux d'investissement

Relation	Constante α	Erreur type pour α	Variable (main-d'œuvre) β	Erreur type pour β	Variable (investis-sement) γ	Erreur type pour γ	R^2	Nombre de pays de l'échantillon
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1. Relation du PIB à la main d'œuvre								
Groupe I	3,2	1,2	0,5	0,6			0,13	6
Groupe II	2,9	0,4	1,4	0,3			0,75	12
Groupe III	3,2	0,8	0,7	0,5			0,17	9
Groupe IV	5,4	2,0	0,3	0,8			0,02	9
Groupe V	4,5	1,1	0,0	0,4			0,00	11
Groupe VI	1,8	1,9	1,2	0,8			0,42	5
Groupes I et II	2,8	0,5	1,2	0,3			0,53	18
Groupes III et IV	3,3	0,7	1,0	0,4			0,30	18
Groupes V et VI	3,7	0,9	0,3	0,4			0,06	16
Ensemble des groupes	3,3	0,4	0,7	0,2			0,24	52
2. Relation du PIB à l'investissement								
Groupe I	1,8	3,0			9,5	12,3	0,13	6
Groupe II	-0,4	2,3			21,4	9,4	0,34	12
Groupe III	-0,9	2,5			24,3	12,2	0,33	9
Groupe IV	2,8	1,4			20,4	8,5	0,49	9
Groupe V	5,3	0,9			-5,3	5,6	0,09	11
Groupe VI	0,9	4,5			27,4	33,9	0,18	5
Groupes I et II	-0,2	1,9			19,5	7,5	0,30	18
Groupes III et IV	3,3	1,8			8,7	9,6	0,05	18
Groupes V et VI	4,9	1,0			-2,9	6,1	0,02	16
Ensemble des groupes	3,7	0,7			5,1	3,7	0,04	52
3. Relation du PIB à la main-d'œuvre et à l'investissement								
Groupe I	1,7	3,3	0,4	0,7	7,2	0,1	0,20	6
Groupe II	0,8	1,4	1,2	0,3	9,6	5,9	0,81	12
Groupe III	- 0,7	2 ;6	0,4	0,5	20,8	13,1	0,39	9
Groupe IV	2,7	2,0	0,1	0,7	20,2	9,4	0,49	9
Groupe V	5,5	1,5	- 0,1	0,4	- 5,4	6,0	0,09	11
Groupe VI	0,6	4,6	1,0	1,0	11,6	37,6	0,45	5
Groupe I et II	0,5	1,4	1,0	0,3	11,0	6,3	0,61	18
Groupe III et IV	1,4	1,7	1,0	0,4	10,1	8,1	0,37	18
Groupes V et VI	4,1	1,3	0,3	0,4	- 2,9	6,1	0,08	16
Ensemble des groupes	1,9	0,8	0,8	0,2	7,0	3,2	0,31	52
4. Relation du PIB à la main-d'œuvre et à l'investissement (constante exclue)								

Groupe I			0,4	0,7	13,8	5,2	0,14	6
Groupe II			1,2	0,2	13,0	1,7	0,80	12
Groupe III			0,5	0,5	17,5	3,5	0,39	9
Groupe IV			0,6	0,5	28,1	7,7	0,31	9
Groupe V			1,1	0,4	10,1	6,5	0,01	11
Groupe VI			1,0	8,4	15,5	15,7	0,44	5
Groupes I et II			1,0	0,3	12,9	2,0	0,61	18
Groupes III et IV			1,1	0,3	16,4	3,4	0,37	18
Groupe V et VI			1,1	0,3	10,1	5,6	0,06	16
Ensemble des groupes			1,0	0,2	13,7	1,7	0,22	52

Source : GALENSON Walter et Graham PYATT(1964), *Eléments qualitatifs de la valeur de la main-d'œuvre et développement économique dans certains pays*, Etude préliminaire, BIT Genève

Annexe 8 : Tableau récapitulatif des faits stylisés de la santé

	Fait Stylisé	**Prospective**	**Principales références bibliographiques**
A1	L'Etat de santé croît avec le PIB, en niveau, avec un taux marginal décroissant.	La hausse du PIB ne permet plus, à elle seule, pour les pays développés, d'assurer une amélioration de l'état de santé.	FUCHS [FUC 66], AUSTER, LEVENSON & SARRACHEK [AUS 69]
A2	L'état de santé croît avec une répartition égalitaire de la richesse.	L'écart de santé entre les pays anglo-saxons (USA et GB), inégalitaire dans la redistribution des richesses, risque de se creuser avec les pays ayant une meilleure répartition des revenus (pays nordiques..).	WILKINSON [WIL 86] LIM [LIM 96] PNUD [PNU 99]
A3	Le niveau de la santé croît avec le progrès technique et avec le taux d'équipement des ménages.	Une politique de santé publique efficace passe donc avant tout par une politique sociale et économique, source de croissance et de progrès.	McKEOWN [Mck 76] HCSP [HCS 91] STODDART [STO 97]
A4	Il existe des différences socio-économiques en termes d'état qui s'accrochent au cours du siècle, en particulier en période de faible croissance.	Les politiques de santé publique doivent définir des priorités, en particulier en période de crise, destinées à identifier les populations à aider, à d'une démarche d'équité préalablement définie.	BLACK REPORT [DEP 80] MARMOT [MAR 86] MORMICHE [MOR 97]

A5	L'état de santé n'est pas proportionnel aux dépenses nationales de santé.	La maîtrise de la progression des dépenses de santé n'est pas contradictoire avec une amélioration de l'état de santé. La rationalisation et non le rationnement du système s'impose donc.	MINISTERE DE L'ECONOMIE [MIN 95] MAJNONI D'INTIGNANO & ULMANN [MAJ 98]
A6	La médecine entraine une amélioration de l'état de santé de l'ensemble d'une population que durant certaines périodes.	Les politiques de santé publique devraient intégrer une nouvelle affectation des ressources pour améliorer l'état de santé. Un rééquilibrage entre les dépenses sociales et médicales s'impose.	THUROW [THU 74] NEWHOUSE & FRIEDLANDER [NEW 80] FUCHS [FUC 86]
B1	La part des dépenses de santé exprimée en proportion du PIB n'a cessé de progresser depuis plus de quarante ans mais la tendance a été stoppée voire inversée depuis le début de la décennie 1990;	La part des dépenses dans le PIB se stabiliser sous l'effet des politiques de maîtrise des dépenses, avant de croire de nouveau significativement compte tenu des facteurs structurels comme le vieillissement et le progrès technique.	NEWHOUSE [NEW 92] OXLEY &McFARLAN [OXL 95] MINISTERE DE L'ECONOMIE [MIN 95]
B2	L'élasticité revenu est toujours élevée et proche de l'unité et l'élasticité prix est négative.	La santé constituant une préoccupation croissante des populations, tant que le débours se sera limité, l'élasticité revenu restera élevée.	NEWHOUSE [NEW 92] MURILLO & Alii [MUR 93]

B3	Le niveau de vie et le progrès technique sont des variables explicatives les plus importantes des différents facteurs expliquant la progression des dépenses de santé.	Les effets de seuil pour la relation de vie et dépense de santé ainsi que l'évolution vers la planification et l'accréditation des matériels médicaux devraient limiter l'importance de ces variables sur la dépense malgré l'enrichissement et l'innovation perpétuel des pays.	NEWHOUSE [NEW 92] OCDE [OCD 95] L'HORTY [LHO 97]
B4	Le progrès technique médical ne conduit en général pas à une diminution des coûts mais leur accroissement en améliorant la qualité des soins.	Les mesures de planification des biens et services de santé accompagnant les politiques de maîtrise des dépenses de santé alors comme une solution aux éventuelles dérives financières.	NEWHOUSE [NEW 92] FUCHS [FUC 86] L'HORTY [LHO 97]
B5	Le vieillissement de la population influence significativement la hausse des dépenses de santé mais pas leur rythme de croissance.	Le début de XXIe siècle sera marqué par une explosion des dépenses de santé pour les personnes âgées. Il est nécessaire de favoriser des politiques de prise en charge de cette population en maîtrisant les coûts et la qualité des soins.	OCDE [OCD 93] HOURRIEZ [93] CREDES [CRE 91]

Source: ULMANN P. (1998), « *Economie de la santé : quelques faits stylisés* », Health and Science System, n°3-4, vol.2, Hermès ed.

Annexe 9 : Liste des pays par région géopolitique du modèle de RODRIGUE

AFRIQUE DU NORD (AFN)
Soudan
Egypte
Maroc
Tunisie
Algérie

AFRIQUE DE L'EST (AFE)
Ethiopie
Somalie
Burundi
Rwanda
Malawi
Tanzanie
Madagascar
Kenya
Swaziland
Île Maurice

AFRIQUE SAHELIENNE (SAHEL)
Tchad
Mali
Burkina Faso
Niger
Gambie
Mauritanie
Sénégal

AMERIQUE CENTRALE ET ANTILLES (AMC)
Haïti
Honduras
El Salvador
Nicaragua
Jamaïque
Guatemala
Rép. Dominicaine
Cuba
Costa Rica
Panama
Trinité-et-Tobago
Barbade

AMERIQUE DU SUD ET MEXIQUE (AMS)
Bolivie
Pérou
Guyane

AFRIQUE DE L'OUEST (AFA)
Sierra Leone
Bénin
Togo
Ghana
Libéria
Nigeria
Cote d'Ivoire

AFRIQUE CENTRALE ET AUSTRALIE (AFC)
Zaïre
Mozambique
Rép. Centrafricaine
Lesotho
Angola
Zambie
Zimbabwe
Cameroun
Congo
Botswana
Gabon
Afrique du Sud

ASIE MINEURE (MORIENT)
République arabe du Yémen
Syrie
Liban
Iraq
Israël

ASIE DU SUD (ASS)
Bangladesh
Népal
Birmanie
Afghanistan
Inde
Sri Lanka
Pakistan

ASIE DE L'EST, PAPOUASIE ET FIFJI (ASE)
Chine
Indonésie
Thaïlande

Colombie
Equateur
Paraguay
Brésil
Chili
Argentine
Uruguay
Venezuela
Mexique

EUROPE MERIDIONALE (EMERID)

Turquie
Roumanie
Portugal
Yougoslavie
Grèce
Chypre
Malte

Philippines
Corée du Sud
Malaisie
Hongkong
Singapour
Papousie-N. Guinée
Île Fidji

Annexe 10 : La perte de compétitivité des entreprises sénégalaises

Secteurs	Variation annuelle du coût unitaire du travail	Taux de croissance annuel des salaires	Taux de croissance annuel de la productivité du travail
Agriculture/agrobisuness	0.6	0.6	0.0
Pêche	7.5	6.7	- 0.8
Textile	3.8	4.1	0.2
Tourisme	6.9	9.1	12.1
Electronique/Communications	5.6	18.4	13.3
Total	8.2	9.6	1.4
Autres	1.3	1.5	1.4
TOTAL	2.5	3.9	1.4

Source : Banque mondiale (2007) d'après les données de la comptabilité nationale

Annexe 11 : Répartition en % des malades selon la durée d'absence au travail et la résidence

	Milieu de résidence				Ensemble
	Dakar	Autres villes	Ens. Urbain	Rural	
Aucun	31,4	33,9	32,7	30,6	31,4
Moins de 7 jours	51,2	47,0	49,1	43,6	46,4
7 à 14 jours	9,5	10,8	10,2	12,8	11,5
Plus de 14 jours	7,9	8,3	8,1	13,0	10,7
Total	100	100	100	100	100

Source : Enquête de suivi de la Pauvreté au Sénégal ANSD, Dakar, Sénégal

Annexe 12



Source : Ministère sénégalais de l'Economie et des Finances, Comité National de la Dette Publique (2010), « *Rapport sur la viabilité de la dette publique* », Janvier

Annexe 13 : source de la croissance sénégalaise : 1995-2003

	Contribution à la croissance	**Taux de croissance annuel**
PIB	100 %	4 %
Taxes	15.9 %	5.3 %
Consommation privée	74.1 %	3.9 %
Consommation publique	8.8 %	2.7 %
Investissement public (brut)	14.4 %	11.2 %
Investissement privé (brut)	21.7 %	5.7 %
Variation de stocks	14.1 %	- 22.9 %
Exportations	6.6 %	0.9 %
Importation	- 39.6	4.5 %
Mémorandum . var. réserves . afflux de capital		 - 13.0 % 50.2 %

Source : Banque mondiale (2007)

Annexe 14 : Structure du PIB

En % du PIB	2 005	2 006	2 007	2 008	2 009	2 010	2 011
Secteur primaire	**14,6%**	**12,9%**	**11,9%**	**14,0%**	**15,0%**	**15,2%**	**13,8%**
010 020 agriculture	8,1%	6,6%	5,2%	7,7%	8,4%	8,4%	6,5%
010 agriculture vivriere	5,5%	4,8%	3,9%	6,0%	6,2%	5,8%	5,0%
020 agriculture industrielle ou d'exportation	2,5%	1,8%	1,3%	1,7%	2,2%	2,6%	1,4%
030 elevage et chasse	3,9%	4,0%	4,0%	3,9%	4,0%	4,1%	4,3%
040 sylviculture, exploitation forestiere,	0,8%	0,8%	0,9%	0,8%	1,0%	1,1%	1,1%
050 pêche	1,8%	1,6%	1,7%	1,5%	1,7%	1,7%	2,0%
Secteur secondaire	**20,5%**	**20,7%**	**20,8%**	**20,1%**	**20,6%**	**20,7%**	**22,0%**
060 activites extractives	1,0%	1,1%	1,0%	0,8%	1,8%	1,9%	2,4%
080 fabrication de corps gras alimentaires	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
999 autres industries	13,0%	12,3%	12,4%	12,2%	12,1%	12,1%	12,9%
070 Transformation et conservation de viande, poisson	2,6%	2,3%	2,2%	2,1%	2,3%	2,3%	2,2%
090 travail de grains, fabrication de produits	0,5%	0,6%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,6%
100 Fabrication de produits alimentaires céréaliers	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,5%	0,6%
110 fabrication de sucre, transformation	0,5%	0,5%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%	0,3%
120 fabrication de produits alimentaires n.c.a	0,5%	0,6%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,6%
130 fabrication de boissons	0,4%	0,4%	0,4%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%
140 fabrication de produits à base de tabac	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
150 egrenage de coton et fabrication des textiles	1,2%	1,2%	1,2%	1,1%	1,1%	1,1%	1,3%
160 fabrication du cuir; fabrication	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
170 travail du bois et fabrication d'articles	0,5%	0,5%	0,5%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%
180 fabrication de papier, carton,	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,7%
190 raffinage petrole, cokefaction,	0,3%	0,2%	0,3%	0,4%	0,3%	0,2%	0,3%
200 fabrication de produits chimiques	1,7%	1,1%	1,2%	1,4%	1,1%	1,3%	1,5%
210 fabrication de produits en caoutchouc	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
220 fabrication de verre, poterie	0,9%	1,0%	1,0%	1,0%	1,1%	1,2%	1,3%
230 metallurgie, fonderie, fabrication	0,7%	0,8%	0,8%	0,7%	0,6%	0,6%	0,6%
240 fabrication de machines	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
250 fabrication d'equipements, d'appareils	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
260 construction de materiels de transports	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
270 fabrication de mobilier, fabrication n.c.a.,	1,1%	1,1%	1,2%	1,2%	1,1%	1,2%	1,1%
280 electricite, gaz et eau	2,2%	2,4%	2,5%	2,6%	2,5%	2,7%	2,7%
290 construction	4,3%	4,8%	4,8%	4,4%	4,1%	3,9%	3,9%
Secteur tertiaire	**45,4%**	**46,8%**	**47,4%**	**47,6%**	**46,2%**	**45,4%**	**45,1%**
300 commerce	16,2%	16,3%	16,4%	16,5%	15,9%	15,5%	15,3%
330 340 transports, postes et telecommunications	9,9%	10,7%	10,9%	11,1%	10,5%	10,2%	10,2%
330 transports	4,1%	4,3%	4,2%	4,4%	3,7%	3,6%	3,8%
340 postes et telecommunications	5,7%	6,5%	6,8%	6,8%	6,9%	6,6%	6,4%
390 education et formation	3,5%	3,6%	3,8%	3,6%	3,8%	3,8%	3,8%
400 activites de sante et action sociale	1,1%	1,2%	1,2%	1,3%	1,3%	1,4%	1,4%
999 Autres services	14,8%	15,0%	15,1%	15,0%	14,6%	14,5%	14,4%
310 services de la reparation	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%
320 services d'hebergement et restauration	0,9%	0,9%	0,9%	0,8%	0,7%	0,7%	0,7%
350 services financiers	3,2%	3,1%	2,9%	3,1%	3,0%	3,1%	3,0%
360 activites immobilieres	5,3%	5,4%	5,5%	5,6%	5,7%	5,6%	5,4%
370 activites des services aux entreprises	4,8%	4,9%	5,0%	4,9%	4,7%	4,7%	4,8%
410 activites à caractere collectif ou personnel	1,9%	1,9%	1,9%	1,8%	1,8%	1,8%	1,8%
420 Services d'intermédiation financière i. m.	-2,1%	-2,1%	-2,0%	-2,2%	-2,2%	-2,2%	-2,2%
380 Activites d'administration publique	**6,3%**	**6,1%**	**6,1%**	**6,0%**	**6,2%**	**6,2%**	**6,3%**
Taxes nettes sur biens et services	**13,1%**	**13,5%**	**13,7%**	**12,3%**	**12,0%**	**12,4%**	**12,9%**
PRODUIT INTERIEUR BRUT (aux prix du marché)	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**
PRODUIT INTERIEUR BRUT non agricole (aux prix du marc	**91,9%**	**93,4%**	**94,8%**	**92,3%**	**91,6%**	**91,6%**	**93,5%**
Production de biens et services	167,9%	166,6%	168,7%	172,3%	169,4%	171,0%	173,1%
Importations de biens et services	42,4%	43,1%	47,8%	52,4%	41,3%	39,8%	40,6%
Taxes nettes sur les produits	13,1%	13,5%	13,7%	12,3%	12,0%	12,4%	12,9%
TOTAL DES RESSOURCES	223,4%	223,2%	230,3%	237,0%	222,6%	223,2%	226,5%
Consommations intermédiaires	13,1%	13,5%	13,7%	84,6%	81,3%	83,4%	86,0%
Consommation finale	90,9%	92,8%	93,1%	95,0%	94,8%	93,0%	89,2%
publique	13,3%	13,7%	14,2%	13,5%	14,4%	14,8%	15,5%
privée	77,6%	79,1%	79,0%	81,6%	80,3%	78,2%	73,7%
Formation brute de capital fixe	23,3%	26,2%	26,1%	26,8%	23,0%	22,2%	22,4%
publique	5,9%	6,4%	6,5%	6,2%	6,4%	6,5%	6,4%
privée	17,4%	19,8%	19,7%	20,6%	16,6%	15,7%	16,0%
Variation de stocks	1,2%	-1,4%	3,1%	4,5%	-0,9%	0,5%	2,6%
Exportations de biens et services	27,0%	25,6%	25,4%	26,1%	24,4%	24,2%	26,3%
TOTAL DES EMPLOIS	223,4%	223,2%	230,3%	237,0%	222,65%	223,23%	226,54%

Source : Direction de la Prévision des Etudes Economiques (2012), DPEE/DPMSP

Annexe 15 : Vaccination des enfants d'un an en 2010 au Sénégal

Vaccins	%
BCG	80
DTC1	80
DCT3	70
Rougeole	60
HepB3	70
Hib3	70
Tétanos (pour nouveaux nés)	88

Source : UNICEF (2012)

Annexe 16 : Répartition du personnel par région du Sénégal

Région	Pop. région	Dist.	Hôp.	C.S.	P.S.	Ratio Pop/P.S	P.S. privés	Nbre total de P.S.	Ratio corrigé ts P.S.
Dakar	2 622 408	8	8	19	109	24 059	12	121	21 673
Diourbel	1 319 308	4	2	5	72	18 324	4	76	17 359
Fatick	627 804	6	0	5	76	8 261	11	87	7 216
Kaffrine	492 685	4	0	2	40	12 317	0	40	12 317
Kaolack	757 743	4	1	4	64	11 840	6	70	10 825
Kolda	553 708	3	1	2	42	13 184	3	45	12 305
Louga	777 085	5	1	5	68	11 428	1	69	11 262
Matam	533 385	3	1	2	66	8 082	0	66	8 082
Saint-Louis	837 583	5	2	4	95	8 817	2	97	8 635
Sédhiou	418 278	3	0	1	40	10 457	1	41	10 202
Tambacounda	610 550	7	1	5	60	10 176	4	64	9 540
Thiès	1 471 754	9	2	9	126	11 681	17	143	10 292
Ziguinchor	474 374	5	1	5	95	4 993	14	109	4 352
Total	11 615 586	69	20	70	971	11 962	77	1 048	11 084

Source : MSP-PNDS II (2009)

Annexe 17 : Répartition en % des malades selon le type de maladies et le milieu de résidence

Maladie dont l'individu a souffert	Milieu de résidence				Ensemble
	Dakar	Autres viles	Urbain	Rural	
Fièvre ou paludisme	46,3	47,7	46,8	45,1	45,9
Diarrhée	5,4	3,5	4,8	4,1	4,4
Accident	2,4	2,1	2,3	1,9	2,1
Problème dentaire	4,8	4,4	4,7	2,3	3,4
Problème de peau	2,9	2,4	2,7	2,6	2,7
Problème d'œil	2,9	2,4	2,7	2,3	2,5
Problème d'oreille ou nez ou gorge	5,6	4,1	5,1	3,6	4,3
Autres	21,7	27,0	23,5	29,1	26,5
Plusieurs maladies	8,1	6,3	7,5	9,1	8,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Enquête de suivi de la Pauvreté au Sénégal ANSD, Dakar, Sénégal

Annexe 18 : Distribution des cas de morbidité et de mortalité en 2007

Affections	Cas	Décès
Abdomen chirir. aigu	5595	11
Accès palustres graves	168907	715
Accès palustres simples	1270751	53
Accidents V. cerebr.	2941	151
Anémie	109412	66
Angine	52563	0
Asthme	29963	3
Autres aff. Bu. dent.	78405	0
Aff. Card. vasculaires	8835	21
Autres filiaires	1168	1
Autres mal. ORL	75048	0
Autres mal. org. gènit.	32640	0
Affection de la peau	281109	0
Autres mal. Œil/annex.	57324	0
Autres IST	8390	1
Autres parasit. Instest.	17443	0
Autres traumatismes	86530	31
Bilhargiose intesttin.	4388	4
Bilhargiose urinaire	12395	0
Bronchite	81410	1
Brûlures	19597	7
Cancer de foie	185	16
Caries dentaires	2847	0
Chancre mou	619	0
Charbon	48	0

Choléra cas confirmé (MDO)	873	9
Conjonctivite	8292	0
Coqueluche	183	0
Diabète	6924	35
Diarrhées	199362	125
Diphtérie	56	2
Dracunculose	0	0
Drépanocytose	1574	0
Dysenterie amyb	55191	0
Dysenterie bacil	15035	25
Ecoulement génital (MDO)	39528	0
Epilepsie	3316	0
Fièvre J. (MDO)	21	0
Fièvre typh.&paratyph.	1449	3
Fractures	2880	1
Gale	45521	0
Grippe	1938	0
Hémor. grossesse	719	1
Helminthiases	115631	0
Hépatite	1157	4
Hypertension artérielle (HTA)	137238	604
Hémorroïde	1236	0
Hernie abdominale	676	0
Ictère (jaunisse)	393	1
Infection puerpérale	56	0
Insuffisance rénale	215	6
Intoxication	9510	8
IRA (cas graves)	275672	39
IRA (cas simples)	20670	103
Infections génitales chlamydia trachomates	645	0
Lèpre	45	0
Malnutrition	34977	48
Mal. Cesop. esto. duod.	58736	18
Maladies diarrhéiques (autres)	3077	4
Méningite purul. Bactéri	294	7
Néphropathie	339	3
Ophtalmie nouv. né	506	0
Oreillon	8546	0
Otites purulentes	7137	3
Peste	0	0
Palu sur grossesse	7137	3
Pneumopathies	32446	92
Paralysie fasque aigu (PFA)	89	0
Poliomyélite	6	0
Rage	5	1
Rhumatisme	56280	0
Rhumatisme Art. aigu (RAA)	4988	0
Rougeole	62	0

SIDA	595	48
Syphilis sérologique	102	0
Tétanos	50	1
Tétanos néo-natal	12	6
Trichomonase uro-génitale	212	0
Tuberculose	1617	7
Ulcération génitale	5149	0
Vaginose bactérienne	340	0
Autres causes	793271	521
IST (adultes)	6820	31
Infection au VIH	390	8
Parasitose	10023	0
Maladies œil	2092	0
Varicelles	24178	0
Maladies oreilles	4507	0
Fièvre d'origine indéterminée	10149	6
Mal de tête	13290	0
TOTAL	**4552410**	**2867**

Source : Service National de l'Information Sanitaire – Annuaire statistique 2007

Annexe 19 : Prévention des maladies au Sénégal en 2005

Types de prévention	Montant en milliards de FCFA	%
Prévention des maladies transmissibles	41.2	73
Santé maternelle et services de planning familial	10.7	19
Services de promotion de la santé	2.2	4
Médecine du travail	1.2	2
Services de médecine scolaire	0.6	1
Prévention des maladies non transmissibles	0.6	1
Total	56.5	100

Source : Ministère de la Santé et de la Prévention (2009)

Annexe 20 : Schéma d'extension de la couverture du risque maladie

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Fonctionnaires	817 193	841 708	866 960	892 968	919 757	947 350
Les étudiants	33 000	33 000	33 990	35 010	36 060	37 142
Les agents des collectivités locales	42 500	43 775	45 088	46 441	47 834	49 269
Les membres des mutuelles de santé	421 760	459 718	501 093	546 191	595 349	648 930
Les assurés du secteur privé	24 500	25 235	25 992	26 772	27 575	28 402
Les routiers	-	27 000	28 500	49 800	73 800	73 800
Les IPM	400 000	412 000	420 000	440 000	460 000	480 000
Les personnes âgées de plus de 60 ans	555 690	572 361	589 532	697 217	625 434	644 197
Les 0-5 ans	-	-	1 941 346	1 999 586	2 059 590	2121362
Total	2 294 643	2 408 792	4 514 229	4 906 751	5 958 362	6143434
% de la population	20 %	21 %	41 %	44 %	51 %	51 ;5 %

Source : CAFSP (2010)

Annexe 21 : Estimation du nombre de personnes ouvertes contre le risque maladie

Type de régime	Personnes couvertes	Organismes gestionnaires	Nombre de bénéficiaires	Part de la population couverte
Régime non contributif	Agents de l'Etat	Min. Finances	817 193	7,35 %
	Plan Sésame	Etat et IPRES	555 690	4,87 %
	Les étudiants	COUD	33 000	0,30 %
Régimes contributifs volontaires	Membres mutuelles de santé (1)	Mutuelles de santé	421 670	3,79 %
	Souscripteurs à une assurance santé privée	Assureurs privés	24 500	0,22 %
Régimes contributifs obligatoires (IPM)	Salariés du secteur privé	IPM	400 149	3,60 %
Total			2 252 202	20,13 %

Source : CAFSP (2010)

Annexe 22 : Législatifs et Réglementaires portant sur la protection sociale au Sénégal

- Loi n°73-37 du 31 juillet 1973 portant Code de la Sécurité sociale de la République du Sénégal.

- la Loi 75-50 du 03 Avril 1975 relative aux Institutions de Prévoyance Sociale,

- le Décret d'application N°75-455 du 24 Avril 1975 rendant obligatoire pour tous les employeurs et pour tous les travailleurs l'affiliation à un régime de retraite, modifié en ses Articles 11 et 21 par le Décret n° 76-17 du 9.01.1976

- l'Arrêté N°3043 du 9 Mars 1978 du Ministre de la Fonction Publique, du Travail et de l'Emploi qui confie à l'IPRES la responsabilité de la gestion du régime de retraite de base, institué par le Décret n° 75-455 susvisé et qui approuve les statuts et règlements intérieurs n° 1 et 2 de cette institution relatifs respectivement au régime général de retraite et au régime complémentaire de retraite des cadres.
- Loi n° 2004-12 du 02 juin 2004 d'orientation agro-sylvo-pastorale.
- Loi d'orientation 49/2007 relative à la promotion et au développement des Petites et Moyennes Entreprises au Sénégal, votée par l'Assemblée Nationale en Séance plénière le mercredi 06 février 2008.
- Décret n° 75-455 du 24 avril 1975 rendant obligatoire pour tous les employeurs et pour tous les travailleurs l'affiliation à un régime de retraite.
- Décret 75-895 du 14août 1975 portant organisation des Institutions de Prévoyance Maladie d'entreprise ou interentreprises et rendant obligatoire la création desdites institutions modifié par le décret n°2006-1310 du 23 novembre 2006.
-

- **Annexe 23 : Les unités de production informelles suivant le type d'emploi**
- **du chef de l'UPI**

Secteurs	**Emploi principal du chef d'unité**			**Emploi secondaire du chef d'unité**			**Total**
	Pas de N° NINEA ou CC	**NINEA ou CC, pas de comptabilité**	**Sous-total**	**Emploi principal dans le secteur formel**	**Emploi principal dans le secteur informel**	**Sous-total**	
Industrie	79200	2300	81500	1500	3200	4700	86200
Commerce	121600	3400	125000	2300	3700	6000	131000
Services	51800	2100	53900	2300	3900	6200	60000
Pêche	3900	-	3900	400	-	400	4300
Ensemble	256500	7800	264300	6500	10800	17300	281600

Source : Enquête 1-2-3, phase 2, DPS

Annexe 24 : Rémunération et heures de travail dans le secteur informel

Branche	Revenu Mensuel moyen (milliers de FCFA)	Revenu Mensuel Moyen (milliers de FCFA)	Horaire Hebdo moyen (heures)	Revenu Horaire moyen (FCFA)	Statut	Revenu Mensuel Moyen (milliers de FCFA)	Revenu Mensuel médian (milliers de FCFA)	Horaire Hebdo médian (heures)	Revenu Horaire moyen (FCFA)
Industries	**60,4**	**20,0**	**46,6**	**305**					
- Confection	63,3	17,0	51,3	290	Patron	265,4	178,0	57,0	1095
- agroalimentaires et autres industries	40,8	11,0	47,8	201	Travailleur indépendant	83,8	34,0	47,1	418
- BTP	86,6	40,0	41,5	490	Salarié	40,1	35,0	58,2	162
Commerce	**63,5**	**23,0**	**51,5**	**291**	Apprenti Payé	29,3	20,0	52,3	132
- de détail dans magasin et commerce de gros	101,7	27	66,5	360	Aide Familial	1,6	0,0	41,7	9
- de détail hors magasin et carburant	48,6	22,0	45,6	251	**Scolarité**				
Services	**68,6**	**30,0**	**48**	**336**	Non Scolarisé	56,1	21,0	49,1	269
- Transport	138,5	44,0	57,7	565	Primaire	57,6	23,0	49,3	275
- Restauration	56,6	26,0	46,5	287	Secondaire	87,9	32,0	46 ;6	444
- Réparation	33,9	2,5	56,0	142	Universitaire	317,5	49,0	52,0	1437
Autres services	57,0	30,0	40,4	332	**Apprentissage**				
Pêche	**123,6**	**45,0**	**59,9**	**486**	Ecole Technique	140,0	50,0	44 ;2	745
Sexe					Grande Entreprise	264,0	65,0	55,0	1129
Homme	79,4	26,5	53,9	347	Petite Entreprise	59,4	20,8	49,0	285
Femme	43,4	20,0	42,2	242	Tout seul, Pratique	58,3	23,0	48,7	282
Ensemble	64,7	23,0	48,9	308	Autre	69,3	22,0	52,9	308

Source : Enquête 1-2-3 2003, phase 2, DPS.

Annexe 25 : Caractéristiques des emplois dépendants dans le secteur informel

%	Emploi Permanent	Contrat écrit CDI	Contrat Ecrit CDD	Contrat oral	A l'essai	Pas de contrat	Primes	Loge-ment	Pres-tations sociales	Participa-tion	Cotisations sociales	Non apparenté
Salarié	89,9	0,3	5,4	59,1	0,7	34,5	5,4	2,8	2,8	-	-	64,5
Apprenti Payé	91,2	1,0	3,0	36,0	3,6	56,4	21,2	-	1,4	-	-	63,9
Apprenti non payé	84,8	0,4	0,5	10,4	0,3	88,4	50,2	0,7	4,3	0,2	-	59,3
Aide Familial	72,4	0,0	0,9	4,5	0,7	93,9	26,5	0,3	6,7	0,1	1,2	8,3
Ensemble	84,4	0,4	1,9	22,9	1,3	73,5	30,7	0,7	3,9	0,1	0,3	49,7

Source : Enquête 1-2-3 2003, phase 2, DPS. Les emplois dépendants sont ceux exercés par la main-d'œuvre du secteur informel (salaires, apprentis, aides familiaux). La dernière colonne correspond au % de la main-d'œuvre qui n'est pas apparentée au chef d'UPI

Annexe 26 : Statistique de l'assurance maladie

Type de régime	Prestations versées	% d'assurés
IPM	41 %	24 %
Compagnies privées	26 %	8 %
Salariés de la fonction publique	24 %	26 %
Mutuelles de santé	6 %	27 %
Paiement direct des entreprises	3 %	1 %
Total		100 %

Source : CAFSP (2010)

Annexe 27 : Questionnaire destiné aux chefs d'entreprise

1/ Sexe

- M
- F

2/ Age

- 15 à 35 ans
- 36 à 55 ans
- Plus de 55 ans

3/ Situation familiale

- Célibataire sans enfant
- Marié(e), ayant moins de trois enfants
- Marié(e), ayant trois enfants et plus
- Autres

4/ Secteur d'activité

- Tailleur
- Menuisier
- Maçon

4/ De combien d'employés disposez vous ?

- 1 à 5 employés
- 6 à 10 employés
- Plus de 10 employés

5/ Avez-vous été malade ces six derniers mois ?

- Oui
- Non

6/ Si oui, avez-vous été obligé de vous arrêter pour vous soigner ?

- Oui
- Non

7/ Si oui, combien de jours d'arrêt maladie ?

- Moins de trois jours
- De trois jours à une semaine
- Plus d'une semaine

8/ Avez-vous subi une baisse de votre chiffre d'affaires pendant cette période ?

- Oui, de manière significative
- Oui, légèrement
- Non

9/ Pour les femmes ayant des enfants, comment se passe la période ante et post-grossesse ?

- Je prends des congés au moins deux semaines avant la naissance et je reviens au plus tôt après un mois
- Je travaille jusqu'au terme et je reviens le plus tôt possible
- Autre, précisez

10/ Qu'en est-il de votre chiffre d'affaires pendant cette période ?

- Une forte baisse du chiffre d'affaires
- Une légère baisse du chiffre d'affaires
- Pas de changement
-

10/ Avez-vous eu un ou plusieurs accidents de travail cette année ?

- Oui
- Non

11/ Si oui, combien

- 1 à 3
- 3 à 5
- Plus de 5

12/ En cas de maladie, que faites vous :

- Consulter un médecin dans une structure sanitaire
- Aller voir un tradipraticien
- L'automédication
- Autre, précisez

13/ Disposez vous d'une couverture maladie ?

- Oui
- Non

14/ Connaissez vous le fonctionnement des mutuelles de santé

- Oui
- Non

15/ Si Non, après un bref exposé sur le fonctionnement et l'intérêt de la mutuelle de santé, êtes vous intéressé par le concept ?

- Oui
- Non

16/ Si oui, jusqu'à quel pourcentage de vos revenus, êtes vous prêt à sacrifier pour bénéficier d'une mutuelle de santé ?

- Moins de 5 %
- De 5 à 10 %
- Plus de 10 %

17/ Etes vous disposé à solliciter une couverture maladie pour vos employés et apprentis ?

- Oui
- Non

18/ Si oui, dans quelles conditions ?
….

19/ Quelles sont vos perspectives d'avenir

- Augmenter mon chiffre d'affaires
- Vendre mon affaire et changer de secteur d'activité
- Céder mon entreprise à mes enfants et arrêter de travailler
- Autre, précisez

Annexe 28 : Questionnaire destiné aux travailleurs indépendants dans le commerce

1/ Sexe

- M
- F

2/ Age

- 15 à 35 ans
- 36 à 55 ans
- Plus de 55 ans

3/ Situation familiale

- Célibataire sans enfant
- Marié(e), ayant moins de trois enfants
- Marié(e), ayant trois enfants et plus
- Autres

4/ Avez-vous été malade ces six derniers mois ?

- Oui
- Non

5/ Si oui, avez-vous été obligé de vous arrêter pour vous soigner ?

- Oui
- Non

6/ Si oui, combien de jours d'arrêt maladie ?

- Moins de trois jours
- De trois jours à une semaine
- Plus d'une semaine

7/ Avez-vous subi une baisse de votre chiffre d'affaires pendant cette période ?

- Oui, de manière significative
- Oui, légèrement
- Non

8/ Comment faites vous pour faire face à vos besoins de soins

- Exclusivement avec mes proches ressources financières
- Je sollicite parfois le soutien de mes proches
- Je sollicite généralement le soutien de mes proches

9/ Pour les femmes ayant des enfants, comment se passe la période ante et post-grossesse ?

- Je prends des congés au moins deux semaines avant la naissance et je reviens au plus tôt après un mois
- Je travaille jusqu'au terme et je reviens le plus tôt possible
- Autre, précisez

10/ Qu'en est-il de votre chiffre d'affaires pendant cette période ?

- Une forte baisse du chiffre d'affaires
- Une légère baisse du chiffre d'affaires
- Pas de changement

11/ En cas de maladie, que faites vous :

- Consulter un médecin dans une structure sanitaire
- Aller voir un tradipraticien
- L'automédication
- Autre, précisez

12/ Disposez vous d'une couverture maladie ?

- Oui
- Non

13/ Connaissez vous le fonctionnement des mutuelles de santé

- Oui
- Non

14/ Si Non, après un bref exposé sur le fonctionnement et l'intérêt de la mutuelle de santé, êtes vous intéressé par le concept ?

- Oui
- Non

15/ Si oui, jusqu'à quel pourcentage de vos revenus, êtes vous prêt à sacrifier pour bénéficier d'une mutuelle de santé ?

- Moins de 5 %
- De 5 à 10 %
- Plus de 10

16/ Quelles sont vos perspectives d'avenir

…

Annexe 29 : APD reçue par le Sénégal et les PMA en provenance des pays membres du CAD et des institutions multilatérales essentiellement financés par ceux-ci

	Moyenne 2000-2002						
	APD/habitant	Total APD	Dont : Assistance technique	APD Bilatéral	Dont : Don	APD multilatérale	Dont : Don
	Dollars	Millions de dollars	En % de l'APD				
Sénégal	44.3	426.5	33.1	59	66.2	41	14.5
Ensemble des PMA	20.6	14064.4	20.7	60.5	62.9	39.5	19.1

Source : CNUCED : Rapport 2004 sur les pays les moins avancés cité par Banque mondiale et al, (2007)

Annexe 30 : Impôt sur le revenu au Sénégal

Impôt sur le revenu des personnes physiques	Taux progressif de 0 à 50 %
0 – 600 000 FCFA	0 %
600 000 – 890 000 FCFA	18 %
890 000 – 1 010 000 FCFA	22 %
1 010 000 – 1 410 000 FCFA	25 %
1 410 000 – 2 475 000 FCFA	28 %
2 475 000 – 3 540 000 FCFA	30 %
3 540 000 – 7 650 000 FCFA	35 %
7 650 000 - 9 650 000 FCFA	40 %
9 650 000 – 12 650 000 FCFA	45 %
Plus de 12 650 000 FCFA	50 %

Source : Lemoci (2011), « *Fiscalité, comptabilité –Sénégal* »

Annexe 31 : Système National d'Assurance Maladie du Ghana : Prestations

- Services de consultation externe
  - Examens de consultations générales et spécialisés
  - Tests de diagnostic généreux et spécialisés, y compris examens laboratoires, radios et scanners ultrasons
  - Médicaments figurant sur la liste des médicaments du SNAM
  - Opération chirurgicale telle qu'une réparation d'hernie
  - Physiothérapie
- Services de consultation interne
  - Soins généraux et spécialisés de consultation interne
  - Tests de diagnostic
  - Médicaments prescrits sur la liste des médicaments du SNAM, sans et produits sanguins
  - Opérations chirurgicales
  - Physiothérapie interne
  - Hébergement dans le pavillon général
  - Repas (le cas échéant)
- Santé bucco-dentaire
  - Atténuation des douleurs (extraction dentaire, incision temporaire et drainage)
  - Restauration dentaire (simple remplissage d'amalgame, pansement temporaire)
- Soins de maternité
  - Soins prénataux
  - Accouchements (normaux et assistés)
  - Césarienne
  - Soins postnataux
- Urgences
  Désigne les situations de crise exigeant une attention urgente comme :
  - Les urgences médicales
  - Les urgences chirurgicales
  - Les urgences pédiatriques
  - Les urgences obstétriques et gynécologiques
  - Les accidents de la route
- Liste des exclusions
  Les procédures sanitaires sont exclues de la liste des prestations du SNAM
  - Les appareils et prothèses, y compris les aides optiques, cardiaques, orthopédiques, les dentiers etc.
  - Les chirurgies cosmétiques et traitements esthétiques
  - Les médicaments rétroviraux VIH
  - La reproduction assistée (par ex. insémination artificielle) et les thérapies de remplacement hormonal gynécologique
  - L'échocardiographie
  - Le dialyse pour les insuffisances rénales
  - La greffe d'organes
  - Tous les médicaments qui ne figurent pas sur la liste du SNAM
  - Les chirurgies cardiaques ou cérébrales autres que le cancer du sein et du col de l'utérus
  - Les services mortuaires
  - Les diagnostics et traitements subis à l'étranger

- Les examens médicaux à des fins autres que le traitement dans les établissements accrédités (par ex. demande de visa, études, institutionnels, permis de conduire, etc.)
- Les pavillons privés (hébergement).

Source : USAID (2010) – Manuel sur l'Assurance maladie

Bibliographie

- ABRAHAM-FROIS G. (2008), *Capital humain et croissance*, Economica
- ACCARDO J., F. MURAT et G. de PERETTI (2007), « *L'indice de développement humain : une approche individuelle* », INSEE, p. 1-12, http://www.insee.fr/fr/insee-statistique-publique/colloques/acn/pdf11/texte_accardo_de_peretti_murat.pdf
- ADAMA W. (1997), « *Les sommes réellement consacrées par les pays à la politique sociale, une politique comparative* », Revue économique de l'OCDE, N°28, Paris, www.oecd.org/dataoecd/2/35126191.pdf
- Agence de la santé publique au Canada (2001), « *Forum National sur la santé* », http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants2-fra.php
- Agence de Presse Sénégalaise (2010) « *80 % des sénégalais sans couverture sociale, selon le directeur de la prévention des risques* », http://www.aps.sn/aps.php?page=articles&id_article=94220
- Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (2010), « *Promouvoir la santé sur le lieu de travail améliore la productivité et renforce le bien-être* », http://osha.europa.eu/fr/press/press-releases/workplace-health-promotion-improves-productivity-and-well-being
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie ANSD (2012), « *Région de Fatick : Fiche synoptique de la région* », http://www.ansd.sn/SRS/fatick_presentation.html
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie ANSD (2012), « *Région de Dakar : Fiche synoptique de la région* », http://www.ansd.sn/SRS/dakar_presentation.html
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie ANSD (2012), « *Les indicateurs clés du Sénégal* », http://www.ansd.sn/senegal_indicateurs.html
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie ANSD (2012), « *Enquête démographique et de santé à Indicateurs Multiples au Sénégal 2010-2011 (EDS – MICS)* », http://www.ansd.sn/publications/rapports_enquetes_etudes/enquetes/EDSMICS2010-2011-Principaux%20Resultats.pdf
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie ANSD (2009), « *Situation économique et sociale de la région de Kaolack 2008* », Mise à jour novembre, http://www.ansd.sn/publications/annuelles/SES_Region/SES_Kaolack_2008.pdf
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie ANSD (2008), « *Situation économique et sociale de la région de Fatick, Edition 2007* », Aout, http://www.ansd.sn/publications/annuelles/SES_Region/SES_Fatick_2007.pdf
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie ANSD (2007), « *Enquête de suivi de la pauvreté au Sénégal ESPS 2005-2006* », Rapport national, Ministère de l'Economie et des Finances, Avril, http://www.ansd.sn/publications/rapports_enquetes_etudes/enquetes/Rapport_ESPS.pdf
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie ANSD (2007), « *Situation économique et sociale dans la région de kaolack* », Octobre, http://www.ansd.sn/publications/annuelles/SES_Region/SES_Kaolack_2006.pdf
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie ANSD (2006), « *Résultats du Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (2002)* », Rapport National de présentation, Décembre, http://siteresources.worldbank.org/INTSENEGALINFRENCH/Resources/461584-

1175072268436/TROISIEMERECENSEMENTPOPULATIONETHABITATSENEGAL.pdf
- AGHION P. et P. HOWITT (2010), *L'économie de la croissance*, Economica
- AGHION P. et E. COHEN (2004), *Education et croissance*, Rapport, La Documentation française, Paris
- AHMAD N., F. LEQUILLER, P. MARIANNA, D. SCHREYER et A. WOLFL (2005), « *Croissance du PIB et productivité du travail : comparaisons et problèmes de mesure* », *Cahiers Statistiques OCDE*, N°7, Mars, http://www.oecd.org/dataoecd/15/6/34665214.pdf
- AIACH P., R. CARR-HILL, S. CURTIS et R. ILLSLEY (1987), *Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne*, Analyse et Etude comparative, INSERM, La Documentation Française
- A.I.T.E.C (2001), « *Emploi et Financement* », Forum International sur la Pauvreté Urbaine, Rapport sur la Ville Inclusive, http://www.globenet.org/aitec/chantiers/urbain/fipu/emploietfinancement.htm
- ALGAN Y., P. CAHUC, B. DECREUSE, F. FONTAINE et S. TANGUY (2005), « *L'indemnisation du chômage : au delà d'une conception « désincitative »* », Juin 2003, version révisée : Mars, www.greqam.fr/IMG/pdf/revis.pdf
- ANTOINE P. et A. S. FALL (2002) (dir.) « *Crise, passage à l'âge adulte et devenir de la famille dans les classes moyennes et pauvres à Dakar* », Rapport d'étape, IRD/IFAN, http://www.dial.prd.fr/senegal/3-publications/pdf/crise_rapport.pdf
- ANNYCKE P. (2008), « *Sénégal : L'analyse des prestations et des indicateurs de résultats de la protection sociale* », OIT/SFER/Sénégal/R.15, BIT, Mai
- ARJONA R., M. LADAIQUE et M. PEARSON (2002) « *Protection sociale et croissance* », OCDE, www.oecd.org/dataoecd/42/63/22033660.pdf
- ARTUS P., P. CAHUC et A. ZYLBERBERG (2007), *Temps de travail, revenu et emploi*, Rapport, La Documentation française, Paris
- ARTUS P., J-P. BETBEZE, C. de BOISSIEU et G. CAPELLE-BLANCARD (2008) « *La crise des Subprimes* », La Documentation française, Paris 2008-ISBN : 978-2-11-007357-0, http://www.cae.gouv.fr/IMG/pdf/078.pdf
- ASND (2008), « *Situation économique et sociale de la région de Dakar de l'année 2007 (Rapport final)* », Ministère de l'Economie et des Finances, Aout, http://www.ansd.sn/publications/annuelles/SES_Region/SES_Dakar_2007.pdf
- Assurance&Mutuelle (2011), « *Assurance santé – Définition* », http://www.assurance-et-mutuelle.com/devis-infos/assurance-sante-definition.html
- ATKINSON T., M. GLAUDE, L. OLIER et T. PIKETTY (2001), « *Inégalités économiques* », La Documentation française, Paris, ISBN : 2-11-004897-2, www.ladocumentationfrançaise.fr/var/storage/rapports-publics//014000424/0000.pdf
- ATTANASIO O. et C. BINELLI (2004) « *Inégalités, croissance et politiques redistributives* », Dossier spécial : actes de la conférence AFD/EUDN, http://www.cairn.info/revue-afrique-contemporaine-2004-3-page-107.htm
- BADIANE E. (2004), « *Développement urbain et dynamiques des acteurs locaux : le cas de Kaolack au Sénégal* », Thèse de Doctorat en Géographie-Aménagement, Université de Toulouse, http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/11/40/62/PDF/Finaldoctorat.pdf
- BALDE A. (2004) « *Influence de la santé sur la croissance économique : le cas du Sénégal* », Programme de Troisième Cycle Interuniversitaire en Economie, UCAD-CIERA, http://www.beep.ird.fr/collect/ptci/index/assoc/HASH01ef.dir/2004-Balde-Influence%20sur%20la%20sante.pdf

- Banque Africaine de Développement (2010), « *Ghana : Mise à jour 2010 du document de stratégie pays 2005-2009 et demande de proroger à 2011 la validité* », Département régional, Ouest 1- ORWA, Juillet, http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Project-and-Operations/Ghana%20-%20Mise%20%C3%A0%20jour%20du%20DSP%202005%20-%202009%20et%20demande%20d%27extension%20de%20la%20validit%C3%A9%20%C3%A0%202011.pdf
- Banque mondiale (2012), « *PIB par habitant ($ US courants)* », http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GDP.PCAP.CD
- Banque mondiale (2009), « *Rwanda : Contry Brief* », http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/RWANDAEXTN/0,,contentMDK:20216138~pagePK:1497618~piPK:217854~theSitePK:368651,00.html
- Banque mondiale (2012), « *Selon la banque mondiale, la pauvreté extrême recule mais certains facteurs de vulnérabilité persistent* », N° du communiqué de presse : 2012/297/DEC, http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/ACCUEILEXTN/PAYSEXTN/AFRICAINFRENCHEXT/0,,contentMDK:23130122~pagePK:146736~piPK:226340~theSitePK:488775,00.html
- Banque mondiale (2012), « *Brésil* », http://donnees.banquemondiale.org/pays/bresil
- Banque Mondiale (2012), « *3 ou of 5 People in Developing Countries Lack Safety Nets*", April 18, http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/SENEGALEXTN/0,,contentMDK:23173003~pagePK:1497618~piPK:217854~theSitePK:296303,00.html
- Banque mondiale (2009), « *Le Ghana et le Rwanda modèles de généralisation de l'assurance maladie en Afrique* », Communiqué de presse, http://siteresources.worldbank.org/INTGHANA/Resources/Ghana_Health_Insurance_Workshop-PR_French.pdf
- Banque Mondiale, The Youth Employlent Network, International Youth Foundation (2009), « *Conclusions de l'étude au Ghana et au Sénégal*", Réseau pour l'emploi des jeunes et Fondation Internationale pour la jeunesse- Demande du secteur Privé pour l'emploi des jeunes », Juillet
- Banque mondiale (2007), « *Association internationale de développement et société financière internationale – Stratégie d'aide –pays pour la République du Sénégal pour la période 2007-2010* », Rapport N°36608-SN, http://siteresources.worldbank.org/INTSENEGALINFRENCH/Resources/CASsenegal20072010francais.pdf
- Banque mondiale (2007), « *Sénégal – A la recherche de l'emploi – Le chemin vers la prospérité* », Mémorandum Economique sur le pays, Rapport N°40344-SN, Septembre, http://siteresources.worldbank.org/INTSENEGALINFRENCH/Resources/marchedutravailcemfrancaisRapport.pdf
- Banque Mondiale (2006), « *Sénégal – Développement récents et les sources de financement du budget de l'Etat* », Revue des Dépenses Publiques, Rapport N° 36497 – SN, 18 Septembre, http://siteresources.worldbank.org/INTSENEGALINFRENCH/Resources/461584-1175072268436/RevueDepensesPubliques.pdf

- Banque mondiale, Coopération française, Fonds International pour le Développement Agricole (2007) « *Dimensions structurelles de la libéralisation pour l'agriculture et le développement rural* », Programme RuralStruc – Phase I, Février, http://siteresources.worldbank.org/AFRICAEXT/Resources/RURALSTRUC-SENEGAL_Phase1.pdf
- BARJOT D. (2011), « *Le développement économique de la Corée du Sud depuis 1950* », http://framespa.revues.org/899
- BARTELHEMY P. (1995) « *L'hypothèse de KUZNETS est-elle encore d'actualité* ? », Revue *Région & Développement* N°2, http://region-developpement.univ-tln.fr/fr/pdf/R2/R2_Barthelemy.pdf
- BARTHELEMY P. (1998), « *Le secteur urbain informel dans les pays en développement : une revue de la littérature* », http://region-developpement.univ-tln.fr/en/pdf/R7/R7_Barthelemy.pdf
- BATIFOULIER P., A. BUTTARD et J.-P. DOMIN (2011), *Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice*, Autour des travaux de M. GADREAU, Editions ESKA
- BAXERRES C. et J.-Y. Le HESRAN (2006), « *Le marché parallèle du médicament en milieu rural au Sénégal : les atouts d'une offre de soins populaire (Note de recherche)* », Anthropologie et Sociétés, vol. 30, N°3, p. 219-230, http://id;erudit.org/iderudit/014935ar
- BEAUJOLIN R., M-A. ESTRADE, J-Y. KERBOUCH, T. KLEIN, F. LERAIS, D. MEDA, A. SAINT-MARTIN, F. TRIMOUILLE (2002), "*Cohésion sociale, emploi et compétitivité : éléments pour un débat* », Document d'études N°58, DARES, Août.
- BECKER G. (1964), *Human Capital*, A theorical and empirical analysis, with special reference to education, Columbia University Press
- BELANGER S. (1992), « *L'ajustement structurel ou restructurer pour la croissance l'Etat* », http://www.criteres.umontreal.ca/pdf/cahiergretse8.pdf
- BENASSY-QUERE, COEURE, JACQUET et PISANI-FERRY (2012), *Politique économique*, 3e édition, Edition de boeck
- BENASSY-QUERE A., B. COEURE, P. JACQUET et J. PISANI-FERRY (2004), *Politique économique*, Editions de Boeck Université, Bruxelles
- BERESNIAK A. et G. DURU (2001), *Economie de la santé*, Masson, Paris
- BERTHELEMY J.-C. (2007), "*Santé et développement en Afrique* », Séances publiques, Séance du 26 novembre, http://www.asmp.fr/travaux/communications/2007/berthelemy.htm
- BEYE S. (1999), *L'Economique et la Santé dans une perspective managériale*, Editions L'Harmattan, Paris
- BIALES C. (1997) « *Emploi-Croissance-Productivité : Relations fondamentales et réflexions de base* », p 1-10, http://www.christian-biales.net/documents/Emploi-Crois.PDF
- BIHR A. et R. PFEFFERKORN (1995), *Déchiffrer les inégalités*, Syros, Paris
- BIP40 (2004) « *Développement durable, progrès social – Des indicateurs alternatifs* », La lettre BIB40 – N°2- 10 juin, http://www.bip40.org/files/lettre/BIP40-2.pdf
- BIT (2008), « *Améliorer les aptitudes professionnelles pour stimuler la productivité, la croissance de l'emploi et le développement* », Conférence internationale du travail, 97e session, Rapport V, Cinquième question à l'ordre su jour, http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@relconf/documents/meetingdocument/wcms_092259.pdf

- BIT (2002), « *Guide d'introduction des mutuelles de santé en Afrique* », Mars, http://www.lamicrofinance.org/files/14539_assurance_sant__introduction.pdf
- BLOOM D. E., D. CANNING et D. T. JAMISON (2004), " *Santé, richesse et bien-être* », *Finances&Développement*, Mars, http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/fre/2004/03/pdf/bloom.pdf
- BLOOM D. E., D. CANNING and J. SEVILLA (2001), "*The effect of health on economic growth: theory and evidence*", NBER Working Paper Series, National Bureau of Economic Research, November, http://www.nber.org/papers/w8587.pdf?new_window=1
- BRICONGNE J-C., V. LAPEGUE et O. MONSO (2009) « *La crise des Suprimes :de la crise financière à la crise économique –Entre 3 et 7 points de croissance en moins pour les économies avancées en 2009* », Dossier, Mars, http://www.insee.fr/fr/indicateurs/analys_conj/archives/mars2009_d1.pdf
- BRISES (2012) « *Revenu par tête* », http://brises.org/notion.php/Revenu-par-tete/niveau-de-vie/PIB-par-habitant/notId/35/notBranch/35/
- BRUNTLAND G. H. (1987) " *Rapport BRUNTLAND*, Rapport de la Commission sur l'environnement et le développement de l'ONU, http://www.gironde.fr/cg33/upload/docs/application/x-download/2010-09/rapport_brundtland.pdf
- BOARINI R., A. JOHANSSON et M. MIRA d'ERCOLE (2006) « *Les indicateurs alternatifs du bien-être* », Cahiers Statistiques OCDE, Septembre, http://www.oecd.org/dataoecd/17/17/37883038.pdf
- BOIDIN B. et J. ALENDA (2011), « *Extension de l'assurance maladie et mutuelles de santé en Afrique : l'expérience sénégalaise* », 33èmes journées des économistes de la santé français, http://www.ces-asso.org/sites/default/files/Boidin_0.pdf
- BOUGNOUX B. (2007) « *Travailler plus ne permet pas de gagner* plus », *Alternatives Economiques*, N°263, Novembre, http://reverdy.associes.pagespro-orange.fr/travaillerplus1.pdf
- BOURGUIGNON F. (2011), « *Inégalité mondiale : un tournant historique* ? », PSE-Ecole d'économie de Paris, Collège de France, 23 Février, http://www.college-de-france.fr/media/pierre-rosanvallon/UPL56556_BOURGUIGNON_Coll_ge_23_02_11.pdf
- BOURLES R. et G. CETTE (2205) « *Une comparaison des niveaux de productivité structurelles des grands pays industrialisés* », *Revue économique de l'OCDE* N°41, 2005/2, http://www.oecd.org/dataoecd/62/28/40505532.pdf
- BOUTOUD A. (2007), *« Les indices synthétiques du PNUD : IDH, IPH, IPF en région Ile-de-France – ISS : l'Indice de Santé Sociale* », Mipes, IAURIF, http://www.mipes.org/IMG/pdf/PNUD.pdf
- BUKARI ATIM C., F. P. DIOP, J. ETTE, D. EVRARD, P. MARCADENT et N. MASSIOT (1998), « *Contribution des mutuelles au financement, à la fourniture et à l'accès de soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre : résumé de la synthèse et des études de cas* », Rapport technique N°19, Mai
- CAF (2009), « *Comparaison européenne des aides aux familles* », Dossier d'étude N°112, IRES, Janvier, http://www.caf.fr/web/WebCnaf.nsf/090ba6646193ccc8c125684f005898f3/a6a3c4e26aacc99dc1257524003439af/$FILE/Dossier%20112%20-%20Comparaison%20Europ%C3%A9enne.pdf
- CAIRE G. (2002) « *Inégalités économiques et inégalités de santé : une perspective en termes de développement durable* », Forum « Inégalités de développement et exclusion sociale. La question sociale dans la perspective d'un développement

durable », Organisé par ORCADES et l'Université de Poitiers, du 19 au 21 Mars 2002, http://sceco.univ-poitiers.fr/gedes/docs/inegsante.pdf

- CAHUC P. et A. ZYLBERBERG (2003), *Microéconomie du marché du travail*, Editions La Découverte.
- CALISTI B. et F. KAROLEWICZ (2005), *RH et développement durable, une autre vision de la performance*, Editions d'Organisation
- Carnets de Santé (2012), « *Organisations des soins – Qu'est ce que les « soins primaires* » ? », http://www.carnetsdesante.fr/Qu-est-ce-que-les-soins-primaires#top
- CARRIN G. et C. JAMES (2004), « *Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire : problématiques conceptuelles-clé durant la période de transition* », OMS, Genève, http://www.who.int/health_financing/documents/dp_f_04_2-couverture_universelle.pdf
- Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (2010), « *Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie des Sénégalais* », Ministère sénégalais de la Santé et de la Prévention, http://www.who.int/providingforhealth/countries/2008MoHSenegal-Strategienationaledecouvertureduriskquemaladie.pdf
- Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP) (2010), *« Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des sénégalais, feuille de route,* , Ministère la Santé et de la Prévention du Sénégal Juin, http://www.who.int/providingforhealth/countries/2010_06MoHSenegal-Feuillederoutecouverturedurisquemaladie.pdf
- Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP) (2010), « *Etat des lieux de l'Assurance maladie au Sénégal et perspectives* », Ministère sénégalais de la Santé et de la Prévention , Rwanda-Kigali, 30 Mai
- CANISIUS KAMNZI P. (2006) « *Influence du capital humain et du capital social sur les caractéristiques de l'emploi chez les diplômés postsecondaires au Canada* », Thèse pour l'obtention du grade de philosophiae doctor (Ph.D), Université Laval, Québec, Avril, http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk3/QQLA/TC-QQLA-23561.pdf
- CARRIN G. et C. JAMES (2004), « *Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire : problématiques conceptuelles-clé durant la période de transition* », OMS, Genève, http://www.who.int/health_financing/documents/dp_f_04_2-couverture_universelle.pdf
- CENDRON J.-P. (1996), Le monde de la protection sociale – Intégration, solidarité, macroéconomie, Editions, Editions Nathan
- Centre d'Etude et de Coopération Internationale, « *Sénégal* », http://www.ceci.ca/fr/regions/afrique/senegal/
- CETTE G. (2004) « *Productivité du travail des grands pays industrialisés : la fin du rattrapage des Etats-Unis ?* », Bulletin de la Banque de France – N°121 – Janvier 2004, http://www.banque-france.fr/fileadmin/user_upload/banque_de_france/archipel/publications/bdf_bm/etudes_bdf_bm/bdf_bm_121_etu_2.pdf
- CHARMES J. (1987), « *Débat actuel sur le secteur informel* », Revue Tiers Monde, t. XXVIII, N° 112, Octobre-Décembre, http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_5/b_fdi_18-19/25324.pdf

- CHARMES J. (1991), « *Ajustement structurel et activités informelles en Afrique* », http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_7/b_fdi_03_03/35370.pdf
- CISSE M. (2005), « *Enquête sur les prix des médicaments au Sénégal* », Ministère de la Santé et de la Prévention médicale, Direction de la pharmacie et des laboratoires, Décembre, http://www.who.int/medicines/areas/coordination/senegal_prices.pdf
- CLEISS (2011), « *Le régime sénégalais de sécurité sociale* », www.cleiss.fr/docs/regimes_senegal.html
- CLEMENT V. (2009) « *Cours d'analyse économique L1 AES* », Université Montpellier I
- CLEMENT V., C. LE CLAINCHE et D. SERRA (2008), *Economie de la justice et de l'équité*, Economica, Paris
- CLING J-P., P. DE VREYER, M. RAZAFINDRAKOTO, F. ROUBAUD, (2003), « *La croissance ne suffit pas pour réduire la pauvreté : le rôle des inégalités* », DIAL, Document de travail, DT/2003/04, http://www.dial.prd.fr/dial_publications/PDF/Doc_travail/2003-04.pdf
- Code de la Sécurité sociale « *Article 411-1, créé par Décret 85-1353 1985-12-17 art. 1 JORF 21 décembre 1985* », http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006742977
- Code de la Sécurité sociale « *Article 411-2, Modifié par Loi N°2001-624 du 17 juillet 2001-art. 27 JORF 18 juillet 2001* », http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006743008&cidTexte=LEGITEXT000006073189
- COGNEAU D. (2007) « *L'Afrique des inégalités : où conduit l'histoire* », Editions Rue d'Ulm/Presses de l'Ecole Normale Supérieure, Paris, http://www.cepremap.ens.fr/depot/opus/OPUS04.pdf
- COMBEMALE P. (2009), *Les grandes questions économiques et sociales*, Editions La découverte, Paris
- Comité européen pour la cohésion sociale –CDCS- (2004), « *Une nouvelle stratégie de cohésion sociale* », Stratégie de cohésion sociale révisée, approuvée par le CDCS, 31 Mars, http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialcohesiondev/source/RevisedStrategy_fr.pdf
- Commission européenne (2012), « *Sénégal* », http://ec.europa.eu/europeaid/where/acp/country-cooperation/senegal/senegal_fr.htm
- CORNU-PAUCHET M. (2003), « *L'évaluation de l'économie souterraine, un recensement des études* », ACOSS STAT N°8, Septembre
- COUSINEAU J.-M. (1979), « *Impact du salaire minimum sur le chômage des jeunes et des femmes au Québec* », Relations industrielles/Industrial Relations vol. 34 N°3, P. 403-417, *Erudit*, www.erudit.org/revue/ri/1979/V34/n3/028983.pdf
- CSI –Guide Syndical- (2010), « *Un travail décent, une vie décente pour les travailleurs et travailleuses domestiques* », http://www.ituc-csi.org/IMG/pdf/ITUC_dwd_FrancaisWEB.pdf
- DAMON J. (2007), « *Pauvreté laborieuse et protection sociale* », Informations sociales, 6/2007 (N°142), p.40-52, http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2007-6-page-40.htm
- De FOUCAULD J.-B. (1995), « *Le financement de la protection sociale* », Extraits Chapitre 3 : Les esquisses de solution, Rapport au Premier Ministre, Décembre,

http://www.coe.gouv.fr/IMG/pdf/Doc_1_-_Rrapport_de_Foucauld_-_Esquisses_de_solutions_et_resume.pdf

- De KERVASDOUE J. (1999), *Santé – Pour une révolution sans réforme*, Editions Gallimard
- De La ROSA J. et X. SCHEIL-ADLUNG (2007), « *Permettre une transition vers la formalisation en fournissant un accès aux soins de santé : Les exemples de la Thaïlande et du Ghana* », Département de la sécurité sociale du BIT, http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_emp/@emp_policy/documents/meetingdocument/wcms_125995.pdf
- DE SOTO H. (1994), *L'autre sentier, la révolution informelle dans le Tiers-Monde*, Traduit de l'espagnol par M. COUDERC, Edition La Découverte, Paris
- DEBLOCK C., B. ELIE et N. MARCEAU (2004), « *Les interventions de l'Etat dans l'économie et l'encadrement des marchés* », Groupe de discussion économique et du Protocole UQAM-CSN-CSQ-FTQ, Hiver 2003-2004, http://cbcsq.qc.net/sites/1679/documents/economie/economie.pdf
- DELAVEAU B. (2007), « *La « TVA sociale » au Danemark et en Allemagne* », http://www.crest.fr/ckfinder/userfiles/files/Pageperso/gauthier/annexe.pdf
- Développement international Desjardins (2011), « *Etude sur la microassurance dans la zone CIMA* », Dossier : 4410-36-34 (0052), Juin, http://www.fanaf.org/IMG/pdf/rapport_definitif_desjardins.pdf
- DIAGNE A. (2006), « *Investir sur les gens : Education et Santé* », Séminaire Banque Africaine de Développement – African Research Consortuim, 22-24 Novembre, Tunis, http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Knowledge/09484263-FR-INVESTIRSURLESGENS.PDF
- Dictionnaire Santé (2007), « *Définition soins ambulatoires* », http://www.dictionnaire-sante.com/definition-soins-ambulatoires
- DIENG A- D. (2001), « *Les médicaments contrefaits au Sénégal* », Thèse pour obtenir le grade de Docteur en pharmacie (Diplôme d'Etat), le 14 Août, Pages 20, 24, 25, 26, 28, 29
- DIME M. N. (2007), « *Remise en cause, reconfiguration ou recomposition ? Des solidarités familiales à l'épreuve de la précarité de Dakar* », *Sociologie et société*, vol. 39, N°2, p. 151-171, http://id.erudit.org/iderudit/019088ar
- DIONGUE B. (2008), « *Le secteur de la santé au Sénégal : Tendances, enjeux et orientations politiques* », Programme KURUKAN FUGAN (Union européenne, Enda Graf/GRAET), Avril, http://www.forumkf.net/IMG/pdf/Le_secteur__de_la_sante_au_Senegal.pdf
- DIOUF B. (2004), « *Tidjanes et mourides ? Les deux principales confréries musulmanes au Sénégal* », Décembre, http://www.afrik.com/article7923.html
- DIOUF M. (1992), « *La crise de l'ajustement* », http://www.politique-africaine.com/numeros/pdf/045062.pdf
- Direction de l'Analyse de la Prévention et des Statistiques (DAPS) (2009) « *Rapport de l'étude sur l'évolution des conditions de vie des ménages et de la vie chère au Sénégal* », Mars, http://www.countrystat.org/country/sen/documents/docs/Etude%20sur%20evolution%20du%20Secteur%20Agricole.pdf
- Dollar D. et A. KRAAY (2001) « *Echanges, croissance et pauvreté* », *Finances & Développement*, Septembre, http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/fre/2001/09/pdf/dollar.pdf

- DOMIN J.-P., M. MARIC, S. DELABRUYERE et C. HEDOIN (2008), *Actualité de l'économie sociale*, L'Harmattan
- DOMIN J.-P. (2008), *Une histoire économique de l'hôpital (XIXe-XXe siècles) – Une analyse rétrospective du développement hospitalier*, Tome I (1803-1945), Comité d'histoire de la sécurité sociale, Paris
- DPEE (2012), « *Situation économique et financière en 2011 et perspectives en 2012* », Ministère de l'Economie et des Finances, Juin, http://www.dpee.sn/IMG/pdf/sef_mai_2012.pdf
- DPEE (2010), « *Taxation optimale des ménages et réformes fiscales au Sénégal* », Ministère de l'Economie et des Finances, Aout, http://www.dpee.sn/IMG/pdf/180_taxation_optimale.pdf
- DPEE (2010), « *Situation économique et financière en 2011* », Ministère de l'Economie et des Finances, Septembre, http://www.finances.gouv.sn/UserFiles/173_sef%20septembre%202010%20pers%202011.pdf
- DREES (2010), « *Etudes et résultats, les comptes de la protection sociale en 2008* », N°733. Juillet, www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er733.pdf
- DREES (2006), *Les comptes de la protection sociale*, Etudes et résultats en 2005, N°526, Octobre, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er526.pdf
- DU TERTRE C. (1999) « *Activités immatérielles, subjectivité et productivité* », *Performances, ergonomie et productivité des questions mutuelles* ?, hors série, Septembre, http://webu2.upmf-grenoble.fr/regulation/Groupes_de_recherche/RST/regsecpdf/1_2_du_terte_Serv_immat_Subjectivite_et_Productivite_1999.pdf
- DURU-BELLAT M. (2009), « *Accès à l'éducation : quelles inégalités dans la France d'aujourd'hui* », Document de référence préparé pour le Rapport mondial sur l'éducation pour tous, UNESCO, http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001866/186616f.pdf
- DUTHIL G. (2004), *Economie du travail et des ressources humaines*, L'Harmattan
- EDC exportation et développement Canada (2010), services économiques, « *Economie du Cuba* », ***www.edc.ca/french/docs/gcuba_f.pdf***
- ELBAUM M. (2008), *Economie politique de la protection sociale*, PUF
- Encyclopaedia UNIVERSALIS (2012), « Revenu national », http://www.universalis.fr/encyclopedie/revenu-national/
- ENJOLRAS B. (1999), *Protection sociale et performance économique*, Desclée de Brouwer, Paris
- ESCUDIER J-L (2006) *« Histoire quantitative et développement humain : appréciations des problèmes conceptuels et méthodologiques au travers de la mesure de la santé publique* », Communication à la journée « *Histoire économique et quantification* », Association français des histoires économistes, 24 Novembre
- ESCUDIER J-L (2006), « *Sur l'élaboration d'indicateurs sanitaires de développement humain* » Communication à la journée de Recherche Pourquoi et comment le Développement humain ? MSH-Montpellier, 12 Juin
- ESPING-ANDERSEN G. (2008), « *Evolution de la distribution des revenus : perspectives sociologiques* », Recherches familiales 1/2008 (n°5), pages 55-77, http://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2008-1-page-55.htm#citation
- Eurostat (2012), « *Glossaire : Taux de risque de pauvreté* », http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:At-risk-of-poverty_rate/fr

- Eurostat (2010), « *In-work poverty in the EU* », Edition 2010, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-10-015/EN/KS-RA-10-015-EN.PDF
- EUROSTAT (2010), « *Enquête sur les forces de travail* », Communiqué de presse 117/2010, 4 Août, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-04082010-BP/FR/3-04082010-BP-FR.PDF
- Eurostat (2002) « *La situation sociale dans l'Union européenne 2001* », Panel communautaire des ménages 2001, http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/SSR2001_fr.pdf
- EUZEBY C. (1991), *Le revenu minimum garanti*, Editions La Découverte
- FALL A. M. (2008), « *Audiences médias : l'ADESR publie les résultats de son étude* », OSIRIS, Avril, http://www.osiris.sn/Audiences-medias-l-ADESR-publie.html
- FALL P. D. (2010), « *Sénégal : Migration, marché du travail et développement* », Projet de recherche – Faire des migrations un facteur de développement : une étude sur l'Afrique du Nord et de l'Afrique de l'Ouest, Document de travail, http://www.ilo.org/public/french/bureau/inst/download/senegal.pdf
- FAYE A. (2004), « *Tradipraticiens : Pour une loi contre les charlatans* », Inter Press Service, http://www.lequotidien.sn/archives/article.cfm?article_id=18413&index_edition=543
- FAYE C. (2010), « *Revue de la protection sociale dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest* », Juin, http://erd.eui.eu/media/2010/Cheikh%20Faye_RAPPORT%20PROTECTION%20SOCIALE.pdf
- FAYE S. L., R. LALOU et A. ADJAMAGBO (2004), « *Soigner les enfants exclusivement à domicile en cas de paludisme en milieu rural sénégalais : un effet de pauvreté* », *African Population Studies/Etude de la Population Africaine*, Vol. 19, No. 2, Sup. A, pp.221-240, http://www.bioline.org.br/pdf?ep04028
- FIRST FINANCE (2009) « *Causes et conséquences de la crise des Subprimes* », Conférence du 23 Janvier 2009, http://www.first-finance.fr/pdf/Crise-financiere-communique.pdf
- FITOUSSI J-P. (1994), « *Compétitivité et Protection sociale : un faux dilemme* », http://lexpansion.lexpress.fr/economie/competitivite-et-protection-sociale-un-faux-dilemme_2112.html
- FONTENEAU B. (2008), « *Protection sociale en Afrique : contribution de l'économie sociale et enjeux politiques* », Juin, https://hiva.kuleuven.be/resources/pdf/anderepublicaties/P53_BFonteneau.pdf
- FRACASSI A., M. F. MARQUES et J. WALTER (1985), *La pauvreté : une approche plurielle*, Les Editions ESF, Paris
- France Diplomatie (2012), « *Présentation du Sénégal* », http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/pays-zones-geo/senegal/presentation-du-senegal/
- FRANCKEL A. (2007), « *Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal : Le cas des enfants fébriles à Niakhar* », Thèse de Doctorat Démographie, Université Paris X – Nanterre, http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/19/51/09/PDF/TheseFranckel.pdf
- FREDIEDRICH ELBERT STIFTUNG (2006), « *Baromètre des Médias Africains – Edition du Sénégal* », Bureau du Sénégal, Juin, http://www.fes-sn.org/IMG/pdf/Rapport_senegal_AMB_definitif_0211-2.pdf
- GACKO M. S. (2012), « *Appui aux médias sénégalais : le nouveau régime va conforter l'aide à la presse* », Mai,

http://www.lequotidien.sn/index.php/culture/item/10343-appui-aux-medias-senegalais--le-nouveau-regime-va-conforter-laide-a-la-presse

- FUSCO A. (2007), *La pauvreté : un concept multidimensionnel*, L'Harmattan, Paris
- GADREY J. et D. MEDA (2011) *« Les limites du PIB »*, *Alternatives Economiques Poche* N°048 – Mars, http://www.alternatives-economiques.fr/les-limites-du-pib_fr_art_1071_52953.html
- GADREY J. (2007), « *Le baromètre des inégalités dans le monde* », *Alternatives Economiques* N°256, Mars
- GADREY J. ET F. JANY-CATRICE (2005), *Les nouveaux indicateurs de richesse*, Editions La Découverte, Collection « Repères », Paris
- GALENSON W. et G. PYATT(1964), *Eléments qualitatifs de la valeur de la main-d'œuvre et développement économique dans certains pays*, Etude préliminaire, BIT Genève
- GALLAND B. (2006), « *Contribution des ménages à faibles revenus pour la micro-assurance maladie* », in G. DUSSAULT, P. FOURNIER, A. LETOURMY, « *L'assurance maladie en Afrique francophone – Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté* », Série : Santé, nutrition et population, Banque mondiale, http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/08/30/000160016_20060830113122/Rendered/PDF/37149.pdf
- GARNIER L., R. GRYNSPAN, R. HIDALGO, G. MONGE et J. DIEGO TREJOS (2002), " Costa Rica : développement social et ajustement hétérodoxe », http://www.unicef-irc.org/research/ESP/OA1_files/CostaRica.pdf
- GAUTHIER S. (2010), *Assistance et emploi*, Economica, Paris
- GODINOT X. (2010), « *Extrême pauvreté et gouvernance mondiale* », http://rio20.net/wp-content/uploads/2011/05/cahier-extr%C3%AAme-pauvret%C3%A9-et-gouvernance-mondiale.pdf
- GORRERI S. (2009) « *Le point sur les inégalités sociales et économiques dans le monde* », http://www.ifrap.org/Le-point-sur-les-inegalites-sociales-et-economiques-dans-le-monde,1334.html
- GREGG P. (2000), « *Le salaire minimum en tant que moyen d'action pour les pouvoirs publics* », OCDE, www.oecd.org/dataoecd/6/23/2724281.pdf
- GRJEBINE A. et E. LAURANT (2008), « *La méthode suédoise : la cohésion sociale au défit de l'adaptation* », Les Etudes du CERI, N°147, Septembre, http://www.ceri-sciencespo.com/publica/etude/etude147.pdf
- GUIMIER J. M., D. CANDAU, M. GARENNE, L. TEULIERES (2005) : « *Pourquoi le prix des médicaments est élevé dans les pays d'Afrique subsaharienne. Analyse de la structure des prix : l'exemple du Sénégal* », Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé, Volume 15 Numéro 1, 41-52, Janvier-Février-Mars, Etude originale, http://www.jle.com/fr/revues/sante_pub/san/e-docs/00/04/0C/EA/article.md?type=text.html
- HAMEL V. (2006), « *La vente illicite de médicaments dans les pays en développement : analyse de l'émergence d'une itinéraire thérapeutique à part entière, situé en parallèle du recours classique aux structures officielles de santé* », Thèse pour le Diplôme d'Etat de Dakar en pharmacie, Université Claude BERNARD, Lyon I, 29 novembre, http://www.remed.org/THESE_V_Hamel.pdf
- HANE El-H, J. M. VON DER WEID et N. SCIALABBA (2001), « *L'agriculture biologique au Sénégal* », http://www.fao.org/docrep/003/x6915f/x6915f00.htm

- Haut-commissariat des Nations Unies pour les réfugiés HDR (2011), « *Rapport sur le développement humain 2011* », http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_FR_TechNotes.pdf
- HEIKKILA M. et S. KUIVALAINEN (2002), *« Utiliser des aides sociales pour combattre la pauvreté et l'exclusion sociale : examen comparatif des opportunités et des problèmes* », Rapport européen de synthèse, Tendance de la cohésion sociale, N°3, Editions du Conseil de l'Europe, ISBN 92-871-4937-2, www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialcohesiondev/source/Trends/Tendances-03_fr.pdf
- HERRERA R. (2005), « *Réflexions sur l'économie cubaine* », MATISSE, 2005.68, CNRS, ftp://mse.univ-paris1.fr/pub/mse/cahiers2005/R05068.pdf
- HEYER E., M. PLANE et X. TIMBEAU (2012) « *La France a-t-elle perdu en compétitivité et en attractivité* », OFCE, http://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/ebook/ebook114.pdf
- HOLZMANN R., S. JORGENSEN (2000), « *Gestion du risque social : cadre théorique de la protection sociale* », Document de travail N°0006 sur la protection sociale, Unité de la protection sociale, réseau du développement humain, Banque Mondiale. siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Resources/0006French.pdf
- HUNTER WADE R. (2001) « *La montée des inégalités de revenu* », *Point de vue*, http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/fre/2001/12/pdf/wade.pdf
- HUSSMANNS R. (1997), BIT « *Secteur informel : historique, définition et importance* », Actes du séminaire sur le secteur informel et la politique économique en Afrique subsaharienne, Bamako, 10 au 14 Mars, www.afristat.org/contenu/pdf/rsc/tome2_fr.pdf
- IFRI (2008) « *Comment concilier compétitivité et protection sociale au sein de l'Union européenne* » Cycle « *Quelle présidence française pour quelle Europe ?* », 16 Janvier 2008, www.ifri.org
- INPES (2008), *« Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples* », Dossier « *Comment réduire les inégalités sociales en santé* », *La Santé de l'Homme* 397/Septembre-Octobre, pages 17-19, http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/397/02.htm
- INSEE (2012) « *Produit intérieur brut au prix du marché/PIB* », http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/produit-inter-brut-prix-march.htm
- INSEE (2012), « *Indice de développement humain : des progrès depuis 20 ans mais un retard persistant* », http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=14700&reg_id=24#p6
- INSEE (2012), « *Les administrations de Sécurité sociale, La protection sociale* », http://www.insee.fr/fr/themes/comptes-nationaux/default.asp?page=base_2000/documentation/methodologie/resume_nb4.htm#preambule
- INSEE (2012), « *Productivité apparente du travail* », http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/productivite-apparent-travail.htm
- INSEE (2012), « *Prestations sociales (comptabilité nationale)* », www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/prestations-sociales.htm
- INSEE (2012), « *Taux d'emploi* », http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/taux-emploi.htm

- INSEE (2011) « *L'emploi global – Explications – La productivité du travail* », http://www.cndp.fr/stat-apprendre/insee/emploi/global/globalexpliproductivite.htm
- Institut de l'Entreprise (2012) « *Pour un choc de compétitivité en France* », Les notes de l'Institut, Janvier, http://www.institut-entreprise.fr/fileadmin/Docs_PDF/travaux_reflexions/Notes_de_Institut/choc_competitivite.pdf
- I.P.R.E.S. (2012) « *Qui sommes nous* ? », http://www.ipres.sn/eo/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=25&Itemid=148
- IRIN (2012), *« Sénégal : le gouvernement d »bloque des fonds pour lutter contre le commerce des médicaments illicites* », http://www.irinnews.org/fr/Report/68884/S%C3%89N%C3%89GAL-Le-gouvernement-d%C3%A9bloque-des-fonds-pour-lutter-contre-le-commerce-des-m%C3%A9dicaments-illicites
- JANY-CATRICE F. et S. KAMPELMANN (2007), « *L'indicateur de bien-être économique* », Revue française d'économie, N°1/Vol XXII, pp. 107-148, http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfeco_0769-0479_2007_num_22_1_1643
- JEANNEAU L. (2012), « *Les inégalités en hausse dans l'OCDE* », *Alternatives Economiques* N°309-Janvier, http://oqueficadoquepassa.files.wordpress.com/2012/02/ocde-les-inc3a9s-en-hausse2.pdf
- JEROME-FORGET M. (1997), « *L'investissement en capital humain* », *Options politiques*, Juillet/Août, www.irpp.org/po/archive/jul97/forgetf.pdf
- Jeune Afrique (2012) « *Aide internationale : comment le Rwanda peut couper le cordon », Juin*, http://www.jeuneafrique.com/Articles/Dossier/JA2685p070.xml0/rwanda-aide-au-developpement-aide-internationale-budgetaide-internationale-comment-le-rwanda-peut-couper-le-cordon.html
- KA S. (2010), « *Faible productivité, contribution à l'impôt faible, grosse part du PIB : les paradoxes du secteur informel* », http://www.seneweb.com/news/Economie/faible-productivit-contribution-l-imp-t-faible-grosse-part-au-pib-les-paradoxes-du-secteur-informel_n_29798.html
- KANTE S. (2002), « *Le secteur informel en Afrique Subsaharienne francophone : vers la promotion d'un travail décent* », O.I.T., Document de travail sur l'économie informelle, http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/documents/publication/wcms_122219.pdf
- KEELEY B. (2007), « *Le capital humain – Comment le savoir détermine notre vie* », Essentiels de l'OCDE, OCDE, http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/0107102e.pdf?expires=1335747832&id=id&accname=guest&checksum=9E5754DA80171AF2A29E2F205E415CEE
- La Documentation Française (2012), « *Ajustement structurel* », http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/banque-mondiale-fmi/glossaire.shtml
- LABOURDETTE A. (1988), *Economie de la santé*, PUF, Paris
- LAUTIER B. (2004), *L'économie informelle dans le tiers monde,* Editions La Découverte
- Le Monde (2010), « *59 millions d'américains sans couverture-maladie* », 10 novembre, http://www.lemonde.fr/ameriques/article/2010/11/10/59-millions-d-americains-sans-assurance-maladie_1438026_3222.html

- Le nouvel Observateur (2011), *Atlas éco 2011*, Atlas économique et politique mondial, Sofedis-SODIS
- LEHMANN E. (1999), « *L'impact de l'assurance chômage et de l'assistance chômage sur le chômage d'équilibre* », Annale d'économie et de statistique – N°53 – 1999, http://annales.ensae.fr/anciens/n53/vol53-02.pdf
- Lemoci (2011), « *Fiscalité, comptabilité –Sénégal* », http://www.lemoci.com/Senegal/14-Fiscalite-Comptabilite.htm
- Les DEFINITIONS (2011), « *Définition du capital social* », 24 Septembre, http://lesdefinitions.fr/capital-social
- LETOURMY A. (2011), « *Le développement de la couverture maladie et le secteur informel en Afrique subsaharienne* », Présentation au GIPSPSI, 5 septembre
- LETOURMY A. (2006), « *Aspects pratiques du montage et du fonctionnement de l'Assurance maladie en Afrique francophone* » in G. DUSSAULT, P. FOURNIER, A. LETOURMY (2006), « *L'assurance maladie en Afrique francophone – Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté* », Série : Santé, nutrition et population, Banque mondiale, http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/08/30/000160016_20060830113122/Rendered/PDF/37149.pdf
- L'Expansion (2010) « *Santé, éducation, revenus : les pays pauvres sur la voie de rattrapage* », L'expansion.com avec l'AFP, publié le 4/11/2010, http://lexpansion.lexpress.fr/economie/sante-education-revenus-les-pays-pauvres-sur-la-voie-de-rattrapage_242002.html
- LEVEQUE E. (2012), « *Vaut-il mieux augmenter la CSG ou la TVA ?* », *L'Expansion*, http://lexpansion.lexpress.fr/economie/vaut-il-mieux-augmenter-la-csg-ou-la-tva_312765.html
- LEVY E., M. BUNGENER, G. DUMENIL, F. FAGNANI (1977), *Evaluer le coût de la maladie*, Dunod
- LORENZI J-H. et M. BARATAS (2007), « *Les effets de la santé sur la croissance économique* » publié par Le Cercle des économistes sous la Direction de Marc GUILLAUME, *Economie de la santé : une réforme ? Non, une révolution !* , PUF
- LOURY R. (2012), « *La taxe Sodas, une solution à l'obésité aux Etats-Unis* », Journal de l'environnement, 18 janvier, http://www.journaldelenvironnement.net/article/la-taxe-sodas-une-solution-a-l-obesite-aux-etats-unis,27102
- MAJNONI D'INTIGNANO B. (2001), *Economie de la santé,* PUF, Paris
- MAJNONI d'INTIGNANO B. (1997), *La protection sociale*, Editions de Fallois
- MALDONADO C., C. BADIANE, A-L. MIELOT (2004), « *Méthodes et instruments d'appui au secteur informel en Afrique francophone »,* SEED Document de travail N°24, BIT, ISBN 92-2-213094-4
- MARSEILLE J. (2004) « *Le PIB, une certaine idée du progrès* », Enjeux *Les Echos*, Mars.
- MARTIN G., A. GRANT and M. d'AGOSTINO (2012), « *Global health and economic development* » *Globalization and Health*, April, http://www.globalizationandhealth.com/content/8/1/8
- MARTIN J. et H. IMMERVOLL (2007), « *Le salaire minimum doit payer* », Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales, www.observatoireocde.org/news/fullstory.php/aid/1843
- MASSOT N. (1998), « *Contribution actuelle et potentielle de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Cas du Sénégal* », USAID/PHR, BIT/ACOPAM, ANMC, WSM, Avril

- MBODJ M., B. MANE et W. BADIANE (1992), « *Population et « développement » : quelle politique ?* », Codesria-ISBN 2-6978-011-7, http://codesria.org/IMG/pdf/mbodjmanetrajectetat.pdf
- McNEIL Jr D. G. (2010) « *Assurance maladie = un bilan globalement (très) positif* », *Courrier International*, http://www.courrierinternational.com/article/2010/07/08/assurance-maladie-un-bilan-globalement-tres-positif
- MENAHEM G. (2007), « *Prestations sociales, sécurité économique et croissance en Europe* », *Revue de l'OFCE*, Septembre, http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/19/84/06/PDF/ROFCEPrestationssecurite_croissance.pdf
- MILANOVIC B. (2012), « *Les inégalités de revenus entre les populations du monde diminuent depuis le début des années 2000* », http://www.inegalites.fr/spip.php?article1556&id_mot=15
- MILLARET H. (2011), « *Les politiques économiques* », Cerpeg, http://www.cerpeg.ac-versailles.fr/ressdiscipl/economie/ecogene/politiques_eco.htm
- MILLS C. et J. CAUDRON (2001), *Protection sociale – Economie et politique – Débats actuels et réformes*, Editions Montchrestien
- MILLS C. et J. CAUDRON (2007), *Protection sociale – Economie et politique – Débats actuels et réformes*, Gualino éditeur, Paris
- MILLS C. (1994), *Economie de la protection sociale*, Editions Dalloz, Paris
- Ministère des affaires sociales et de la Santé (2011), « *Programme de qualité et d'efficience « Maladie »* »- Projet de loi de financement de la Sécurité sociale – PLFSS, Partie Cadrage – Maladie (Partie I), http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/plfss_2013_annexe1_1_maladie.pdf
- Ministère français de l'économie, des finances et de l'industrie « *Le développement du capital humain dans les entreprises, résultats d'une enquête de terrain menée dans les PME par les chargés de développement industriel des DRIRE* », http://www.industrie.gouv.fr/biblioth/docu/dossiers/sect/pdf/capitalhumain06.pdf
- Ministère de la Santé et de l'Action sociale du Sénégal (2011), « *Le système de santé du Sénégal* », http://www.sante.gouv.sn/index.php?option=com_content&view=article&id=1291&Itemid=732
- Ministère de la Santé du Sénégal (2004), « *Plan Stratégique de Développement et des Mutuelles de Santé au Sénégal* », Juillet, http://www.forumkf.net/IMG/pdf/planstrategique_de_dev_des_mutuelles_de_sante.pdf
- Ministère de l'Economie et des Finances du Sénégal (2011), « *Rapport National sur la Compétitivité du Sénégal (RNCS)* », http://www.cepodsn.org/cepod/pub/tmp/RNCS_2011.pdf
- Ministère sénégalais de l'Economie et des Finances, Comité National de la Dette Publique (2010), « *Rapport sur la viabilité de la dette publique* », Janvier
- Ministère sénégalais de la Santé et de la Prévention (2009), « *Comptes nationaux de la Santé 2005* », http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/R240_MOH_SENEGAL_2005_comptes_nationaux.pdf
- MORRISSON C. (2012), « *Inégalités et pauvreté depuis trois siècles* », http://www.asmp.fr/travaux/communications/2012_01_16_morrisson.htm
- MURAD N. (2001), *La protection sociale*, Editions La Découverte, Paris, 1988, 1993, 1996, 2001

- Nations Unies (2012), « *Déclaration universelle des droits de l'homme* », http://www.un.org/fr/documents/udhr/
- Nations Unies, Commission économique pour l'Afrique (2009), « *Etude sur la mesure du secteur informel et de l'emploi informel en Afrique* », http://repository.uneca.org/bitstream/handle/10855/3351/bib.%2027408_I%20F.pdf?sequence=1
- Nations Unies (2000), « *Mise en valeur des ressources humaines, emploi et prestation de services sociaux* », Réunion consultative régionale de haut niveau sur le financement du développement et réunion préparatoire de la troisième Conférence des Nations Unies sur les pays les moins avancés, Note directive, 15-17 novembre, Addis-Abeba
- NDIAYE P. (2006),« *Le développement des mutuelles de santé en Afrique* », in G. DUSSAULT, P. FOURNIER, A. LETOURMY, « *L'assurance maladie en Afrique francophone – Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté* », Série : Santé, nutrition et population, Banque mondiale, http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/08/30/000160016_20060830113122/Rendered/PDF/37149.pdf
- NDIAYE S. et M. AYAD (2009), « *Enquête Nationale sur le paludisme au Sénégal 2008-2009 (ENPS-II)* », Ministère de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène Publique, Juillet, http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/MIS5/MIS5%5Brevised30Sep2009%5D.pdf
- NDONG J. B. (1995), *« L'évolution de la pluviométrie au Sénégal et les incidences de la sécheresse récente sur l'environnement* », *Revue de géographie de Lyon*, Volume 70, Numéro 70-3, pp.193-198, http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/geoca_0035-113x_1995_num_70_3_4212
- NDOUR M. (2012), « *Au Ghana, encore des efforts à faire pour l'assurance maladie* », 10 février, http://www.oxfamfrance.org/Au-Ghana-encore-des-efforts-a,1300
- NORTH D. (2005), *Le processus du développement économique*, Editions d'Organisation
- Observatoire Régional de la santé de Bourgogne ORS (1999) « *Santé et Précarité* », Notes et document, URCAM, Février, http://www.cocof.irisnet.be/site/common/filesmanager/sante/precarite/sante_precarite_urcam/
- Observatoire des inégalités (2011), « *Les travailleurs pauvres en Europe* », http://www.inegalites.fr/spip.php?article1280&id_mot=114
- Observatoire des inégalités (2011) « *La pauvreté dans le monde* », http://www.inegalites.fr/spip.php?article381
- Observatoire des inégalités (2009) « *Monde : un développement inégal* », 9 octobre, http://www.inegalites.fr/spip.php?article514
- Observatoire des inégalités « *Les inégalités d'espérance de vie dans le monde* », 9 octobre, http://www.inegalites.fr/spip.php?article515
- Observatoire des inégalités (2009), « *Les inégalités d'accès à l'éducation s'aggravent* », http://www.inegalites.fr/spip.php?article956
- Observatoire du développement durable (2009), « *Comment disposer durablement d'une main-d'œuvre en quantité et en qualité suffisantes* ? », Capital humain, Décembre, http://www.grandlyon.com/fileadmin/user_upload/Pdf/developpement_durable/referentiel_economique/Ref_eco_part3_capital_humain.pdf

- Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (2006), « *Le rapport 2005-2006* », La Documentation française, Paris, http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000163/0000.pdf
- OCDE (2012), « *Déficits publics : ce que font les gouvernements* », http://www.oecd.org/document/31/0,3746,fr_33873108_39418603_46695199_1_1_1_1,00.html
- OCDE (2011), « *L'OCDE lance votre Indice «Vivre mieux* » », http://www.oecd.org/fr/general/locdelancevotreindicevivremieux.htm
- OCDE (2011), « *Panorama des pensions 2011 : Les systèmes de retraites dans les pays de l'OCDE et du G20* », http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/8111012ec029.pdf?expires=1336534083&id=id&accname=guest&checksum=5644C457ED273BF2E7ABBCE547D4920D
- OCDE (2011) « *Lutter contre les inégalités* », Réunion interministérielle de l'OCDE sur les politiques sociales, Forum, Paris, 2 Mai 2011, http://www.oecd.org/dataoecd/8/36/47711314.pdf
- OCDE (2011), « *Panorama de la santé 2011 : Les indicateurs de l'OCDE – Résultats principaux : France* », http://www.oecd.org/dataoecd/12/17/49084343.pdf
- OCDE « *Regards sur l'éducation 2010* : Panorama », http://www.oecd-ilibrary.org/sites/eag_highlights-2010-fr/01/02/index.html?contentType=&itemId=/content/chapter/eag_highlights-2010-4-fr&containerItemId=/content/serial/20763956&accessItemIds=/content/book/eag_highlights-2010-fr&mimeType=text/html
- OCDE (2008), « *Croissance et inégalités- Distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE* », http://medias.lemonde.fr/mmpub/edt/doc/20081021/1109272_croissanceetinegalites.pdf
- OCDE (2007), « *Perspectives de l'emploi de l'OCDE* », ISBN 978-92-64-03305-4, www.oecd.org/dataoecd/2/11/40776981.pdf
- OCDE (2009), « *Vers une croissance pro-pauvres : l'emploi et la protection sociale* », Note d'orientation : la protection sociale, http://oecd.org/dataoecd/45/27/43573999.pdf
- OCDE (2001), « *Les lignes directrices du CAD – La réduction de la pauvreté* », http://www.oecd.org/dataoecd/47/15/2672743.pdf
- OCDE (2001), « *Etudes économiques : Brésil* », http://books.google.fr/books?id=UwUuN-R1mBAC&pg=PA49&lpg=PA49&dq=la+productivit%C3%A9+du+travail+au+br%C3%A9sil&source=bl&ots=r_zTu3mumB&sig=CTq4NerTyO27PeCAIOvTxx5jbOo&hl=fr&sa=X&ei=9-_9T6SlNaWV0QW-gt35Bg&sqi=2&ved=0CFIQ6AEwBw#v=onepage&q=la%20productivit%C3%A9%20du%20travail%20au%20br%C3%A9sil&f=false
- OCDE (1997), « *Dynamique de la pauvreté dans quatre pays de l'OCDE* », Perspectives économiques de l'OCDE, p. 193-209, http://www.oecd.org/dataoecd/49/40/2089196.pdf
- O.I.T (2012) « *Durée du travail* », http://www.ilo.org/global/statistics-and-databases/statistics-overview-and-topics/working-time/lang--fr/index.htm
- O.I.T. (2009), « *Les normes de l'OIT en matière de sécurité et de santé au travail* », Rapport III, Conférence internationale du travail, 98e session, http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@relconf/documents/meetingdocument/wcms_103487.pdf

- OIT (2007), « *Un travail décent pour les travailleurs domestiques* », Education ouvrière 2007/3-4 Numéro 148-149, http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_dialogue/@actrav/documents/publicatio n/wcms_112466.pdf
- O.I.T. (2007) « *Les Etats-Unis affichent toujours la plus forte productivité de main-d'œuvre dans le monde ; Quelques régions réduisent l'écart, mais la plupart sont distancées* », Communiqué de presse, 2 Septembre, www.ilo.org/global/about-the-ilo/press-and-media-centre/news/WCMS_083977/lang-fr/index.htm
- O.I.T. (2002), « *Enregistrement et déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles et liste des maladies professionnelles* », 90e session, juin, http://www.ilo.org/public/french/standards/relm/ilc/ilc90/rep-v-1.htm
- O.I.T (1997), « *Mutuelles de santé en Afrique* », Manuel de formateurs, http://www.ilo.org/public/french/region/afpro/dakar/info/publ/document/mutuelles.pdf
- OMS (2012), « *Sénégal* », http://www.who.int/gho/countries/sen.pdf
- OMS (2012), « *Les déterminants sociaux de la santé* », http://www.who.int/social_determinants/fr/index.html
- OMS (2010), « *Le financement des systèmes de santé – Le chemin vers une couverture maladie universelle* », Rapport sur la santé dans le monde », http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789242564020_fre.pdf
- OMS (2009), « *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2009-2013 – Rwanda* », ISBN : 9789290311355
- OMS (2008), «*Closing the gap in generation, Health equity through action on the social determinants oh health*", The Final Report of the WHO Commission of Health, 28 August, http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_en.pdf
- OMS (2005), « *Indicateur de la situation sanitaire : morbidité* », Statistiques sanitaires mondiales 2005, Partie 2 : Recueil des indicateurs, http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9242593265_part2_fre.pdf
- OMS (2012), « *Cuba – Statistiques* », http://www.who.int/countries/cub/fr/
- OMS (2002) « *Rapport de la commission Macroéconomie et Santé – Rapport du directeur général* », Macroéconomie et Santé : investir dans le santé économique, Genève, http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/fa555.pdf
- OMS (2000), « *L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde* », Communiqué de Presse OMS/44, 21 juin, http://www.exclusion.net/images/pdf/195_beega_presse_OMS.PDF
- OMS (1952), « *Le coût de la maladie et le prix de la santé* », série de Monographies N°7, Genève, whqlibdoc.who.int/monograph/WHO_MONO_7_(part1)_fre.pdf
- ONUSIDA (2010), « *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie de sida 2010* », http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_fr.pdf
- OSBERG L. et A. SHARPE (2002), « *Une évaluation de l'indicateur du bien-être économique dans les pays de l'OCDE* », Séminaire DARES du 15 octobre 2002, Paris, http://www.ptolemee.com/dares/SHARPE.pdf
- Oxfam International, Action for Global Health, Médecins du Monde, Save the Children, Plan, Global Health Advocates, ACT UP Paris (2008), "*L'assurance maladie dans les pays à faible revenue – Est-on vraiment sûr que ça marche*", Etude conjointe, Mai, http://www.oxfamfrance.org/IMG/pdf/bp112_Health-Insurance-paper_FRENCH-version_070508.pdf

- PALME J. (2002), « *Protection sociale et lutte contre les inégalités : le modèle scandinave* », L'Economie politique 1/2002 (N°13), p.103-112, http://www.cairn.info/revue-l-economie-politique-2002-1-page-103.htm
- PENOUIL M. (1990), « *Les activités informelles : réalités méconnues, espérances illusoires* », *Economie et Humanisme*, N°314, Juillet-Septembre
- Perspectives Economiques en Afrique (2012), « *Rwanda 2012* », Pages 1 à 16, http://www.africaneconomicoutlook.org/fileadmin/uploads/aeo/PDF/Rwanda%20Note%20de%20pays%20PDF.pdf
- Perspectives économiques en Afrique (2012), « *Sénégal* », http://www.africaneconomicoutlook.org/fr/countries/west-africa/senegal/
- Perspective Monde (2011), « *Indicateur de développement humain (IDH), Rwanda* », http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=RWA&codeTheme=1&codeStat=SP.POP.IDH.IN
- Perspectives Monde (2011), « *PIB (Parité pouvoir d'achat) ($ international constant 2000) France* », http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/tend/FRA/fr/NY.GDP.MKTP.PP.KD.html
- Perspectives Monde (2011), « *Espérance de vie à la naissance (année) Suède* », http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=SWE&codeTheme=3&codeStat=SP.DYN.LE00.IN
- Perspectives Monde (2011), « *Taux de fertilité (naissances par femme) Sénégal* », http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/tend/SEN/fr/SP.DYN.TFRT.IN.html
- Perspective Monde (2011), « *Balance commerciale (% du PIB) Sénégal* », http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=SEN&codeTheme=7&codeStat=NE.RSB.GNFS.ZS
- PETKANTCHIN V. (2011), « *La taxe « Sodas », une mesure inefficace pour régler les problèmes d'obésité et de déficit public* », Note économique de l'IEM, Octobre, http://www.institutmolinari.org/IMG/pdf/note0411_fr.pdf
- PHAM A.-L. (2011), « *La taxe sur les sodas en 5 questions* », L'Express, 25 août, http://www.lexpress.fr/styles/saveurs/la-taxe-sur-les-sodas-en-5-questions_1023850.html
- PHR plus (2004), « *21 questions sur le FCS : les mutuelles de Santé – Un aperçu du financement communautaire de la santé* », Septembre, http://phrplus.org/Pubs/sp11f.pdf
- PNUD (2011), « *Indicateurs internationaux de développement humain* », http://hdrstats.undp.org/fr/indicateurs/73206.html
- PNUD (2007), « *Mesure de la pauvreté selon la méthode de degré de satisfaction des besoins essentiels (DSBE) – Expérience du Niger* », pages 15 et 16, http://www.pnud.ne/DSBE.pdf
- PNUD (2007), *« La lutte contre le changement climatique : un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé* », Rapport mondial sur le développement humain 2007/2008, http://hdr.undp.org/en/media/HDR_20072008_FR_Complet_rev.pdf
- Politique.net (2012), « *TVA sociale* », http://www.politique.net/tva-sociale.htm
- Politiquessociales.net (2007), « *Union européenne : contre la pauvreté* », Note de synthèse, http://www.politiquessociales.net/Lutte-contre-la-pauvrete,162
- PREKER A. S. et E. V. VELENYI (2006) "*Expansion des programmes gouvernementaux d'assurance maladie obligatoire en Afrique de l'Ouest : Possibilités et contraintes* », in G. DUSSAULT, P. FOURNIER, A. LETOURMY, « *L'assurance maladie en Afrique francophone – Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté* », Série : Santé, nutrition et population, Banque mondiale, http://www-

wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/08/30/000160016_20060830113122/Rendered/PDF/37149.pdf
- RASHKOV P. (2001), « *Sénégal : un vrai échappement du développement agricole ralenti ?* », Colby Collège, The UWCAd Economics Society, Mai, http://www.uwcades.org/papers/members/senegal.pdf
- RAY J.-C., J.-M. DUPUIS et B. GAZIER (1988), *Analyse économique des politiques sociales*, PUF, Paris
- RAYNAUT C., T. ENGEL GERHARDT et E. R. NAZARENO (2002), « *Inégalités et santé* », http://faceaface.revues.org/489
- ROCHA S. (2008), « *Le déclin de la pauvreté au Brésil et les programmes de transferts de revenus* », *Revue Tiers Monde*, N°195, pp. 631-646, http://www.cairn.info/revue-tiers-monde-2008-3-page-631.htm#retournoteno126
- RODRIGUE A. (1986), « *La contribution de l'amélioration du bien-être au processus de croissance dans les pays en développement* », *L'Actualité économique*, vol. 62, N°1, p. 64-87, www.id.erudit.org/iderudit/601360ar
- SACHS J. D. (2001) « *Macroéconomie et Santé : investir pour le développement économique* », Rapport de la commission Macroéconomie et Santé, OMS http://www.who.int/macrohealth/background/cmh_french.pdf
- SAGET C. (2002/3), « *Lutter contre la pauvreté : le salaire minimum – Comment tirer un maximum du salaire minimum ? »,* Education ouvrière 2002/3, Numéro 128, Bureau international du travail, http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---actrav/documents/publication/wcms_112477.pdf
- SALEZ M. (2010), « *La gestion des risques sociaux* », http://www.assemblance.fr/wp-content/uploads/telechargements/Gestion%20des%20risques%20sociaux.pdf
- SCHIEDER P. (2005), « *Exploiter la peur au lieu de la surmonter ? La tentation des hommes politiques face aux insécurités des citoyens* », in « *L'approche de la sécurité par la cohésion sociale – Déconstruire la peur (des autres) en allant au-delà des stéréotypes* », Tendances de la cohésion sociale N°11, Editions du Conseil de l'Europe, http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialcohesiondev/source/Trends/Tendances-11_fr.pdf
- Sénat français (2008), « *La santé maternelle et le développement de la petite enfance au Cuba* », Deuxième rapport du Sous Comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Février, http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/392/soci/rep/rep08feb08-f.pdf
- SGARD J. (2003), « *Pauvreté, inégalités et politiques sociales au Brésil* », *La Lettre du CEPII*, N°229, Décembre, http://www.cepii.fr/francgraph/publications/lettre/pdf/2003/let229.pdf
- SHARPE A. et A. MURRAY (2011), « *Etat des preuves sur la santé en tant que déterminant de la productivité* », CSLS, Centre d'Etudes des Niveaux de Vie, Rapport de recherche du CENV 2011-04F, Juin, CSLS
- SHARPE A., D. MEDA, F. JANY-CATRICE et B. PERRET (2003), « *Débat sur l'indice du bien-être », Travail et Emploi* N°93, Janvier
- Social Security Administration (2008), « *Medicare* », http://www.ssa.gov/multilanguage/French/10043-FR.pdf
- SIDY A. (2011), « *Sénégal : Faute d'une loi réglementant la médecine traditionnelle, le pays terre fertile des charlatans* », http://fr.allafrica.com/stories/201106030714.html
- SIMONNET J.-P. (2009), « *Productivité, durée du travail et emploi* », http://www.lyc-arsonval-brive.ac-limoges.fr/jp-simonnet/spip.php?article179

- SMITH A. (1776), *Recherches sur la nature et les causes de la richesse des Nations – Les grands thèmes* – Document produit en version numérique par J.-M. TREMBLAY, http://www.fichier-pdf.fr/2012/11/10/richesse-nations-extraits/richesse-nations-extraits.pdf
- SOW P. S., T. S. N'GUEYE, L. TOURE, C. BA et M. BADIANE (1999), « *Les médicaments du marché parallèle pour le traitement de l'écoulement urétral à Dakar : enquête épidémiologique et contrôle physicochimique* », Communication brève, http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0399077X99800997
- Statistiques mondiales (2012), « *Ghana : statistiques* », http://www.statistiques-mondiales.com/ghana.htm
- Statistiques mondiales (2012), « *Taux de chômage par ordre alphabétique des pays* », Septembre, http://www.statistiques-mondiales.com/chomage.htm
- STELLINGER (2008), « *Enseignement supérieur : le paradoxe suédois* », Fondapol, http://www.fondapol.org/debats/46/
- STIGLITZ J., A. SEN, J.-P. FITOUSSI (2009), « *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress* », http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf
- STIGLITZ J., A. SEN, J.-P. FITOUSSI (1999), *Richesse des Nations et bien-être des individus*, Commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social, Odile Jacob, Novembre
- SY NDIAYE M. (1992), "*Influence possible de politiques sur la fécondité au Sénégal*", http://www.erudit.org/livre/aidelf/1992/000970co.pdf
- SZPIRO D. (2007), « *Salaire minimum et emploi revisités* », Université de Lille 1, http://ecofi.univ-lille1.fr/publications/smic.pdf
- TESTENOIRE J.-P. (2011), « *La redistribution* », Cerpeg, Février, http://www.cerpeg.ac-versailles.fr/ressdiscipl/economie/ecogene/Redistribution.htm
- THIAM S., E. MASSI, M. NDIR, A. H. DIOP, F. BA et C. LIENHARDT (2005), « *La lutte contre la tuberculose au Sénégal : Situation actuelle de la prise en charge et recommandations pour son amélioration* », *Médecine Tropicale* N° 65, pages 43-48, http://www.revuemedecinetropicale.com/043-048_-_ao_-_thiam.pdf
- TIZIO S. (2004), « *Etat de santé et système de soins dans les pays en développement : la contribution des politiques de santé au développement durable* », *Mondes en développement,* 2004/3 N°127, p. 101-117. DOL 10.3917/med.127.0101
- TIZZIANI, Ania (2010), "*Hiérarchisation et protection sociale en Argentine : le cas des employées domestiques*", in Sabatier B., Lopez X., Mariani A., Gallas A. (coord.), Inégalités et informalités dans les Amériques, Papiers de l'axe Territoires, Villes, Modes de Vie, Environnement, MSH-Toulouse (pp. 96-103).
- THEVARD E. (2002), *Etat et protection sociale aux Etats-Unis*, Editions Ellipses
- THIAM B. (2008), *« Quels systèmes de protection sociale mettre en œuvre pour faciliter la croissance de micro, petites et moyennes entreprises ? »,* Symposium national sur la problématique de la transition vers la formalité de l'économie informelle au Sénégal, le 23/10/2008
- Towers Watson (2010), « *Résultats du sondage Nord-américain Au travail 2009-2010* », http://www.towerswatson.com/assets/pdf/974/NA-2009-14565_CA-French.pdf
- Union Economique et Monétaire Ouest Africaine, « *Le secteur informel dans les principales agglomérations de sept Etats membres de l'UEMOA : performances, insertion, perspectives* » 2001-2002, www.uemoa.int/Documents/Publications/Rapport_d_enquete/RapSectInform2.pdf

- Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (2002), « *L'emploi, le chômage et les conditions d'activité dans les principales agglomérations de sept Etats membres de l'UEMOA* », 2001-2002, www.uemoa.int/Documents/Publications/Rapport_d_enquete/RapSectInform.pdf
- Union européenne « *La protection sociale pour un développement inclusif* » – Une nouvelle perspective dans la coopération de l'Union européenne avec l'Afrique – Rapport européen sur le développement 2010, http://erd.eui.eu/media/2010/OVERVIEW_ERD_Report_FR.pdf
- ULMANN P. (2003), « *La Santé dans les modèles de croissance – Bilan et perspectives* », XXVIèmes Journées des Economistes Français de la Santé, Clermont-Ferrand 9-10 janvier 2003, www.cerdi.org/uploads/sfCmsConstent/html/194/Ulmann.pdf.
- ULMANN P. (1998), « *Economie de la santé : quelques faits stylisés* », Health and Science System, n°3-4, vol.2, Hermès ed., http://129.3.20.41/eps/hew/papers/0308/0308002.pdf
- UN-OHRLLS (2009), « *Pays les moins avancés – Ce qu'il faut savoir et ce qu'il faut faire* », http://www.unohrlls.org/UserFiles/File/LDC%20Documents/Advocacy%20brochure%20French%20for%20Web.pdf
- UNESCO (2010), « *Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous 2010* », http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/ED/GMR/pdf/gmr2010/gmr2010-annex-03-social-protection-fr.pdf
- UNESCO (2005), « *L'éducation pour tous- L'exigence de qualité* », Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous, Editions UNESCO, http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001374/137403f.pdf
- UNESCO (1995), « *Effets des programmes d'ajustement structurel sur l'éducation et la formation* », Conférence générale, Vingt-huitième session, Paris, http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001013/101383fo.pdf
- UNICEF (2012), « *Sénégal – Statistiques* », http://www.unicef.org/french/infobycountry/senegal_statistics.html
- UNICEF (2009), « *Renforcer la protection sociale pour les enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre* », Note de synthèse, Février, http://www.unicef.org/wcaro/wcaro_27_UNICEF_ODIbriefing_paper_protectionSocial_LOW.pdf
- UNICEF (2009), « *La protection sociale des enfants du Sénégal* », Notes de Synthèse/Synthèse, http://www.unicef.org/wcaro/wcaro_33_UNICEF_ODIbriefing_paper__SenegalLOW.pdf
- UNICEF (2009), « *Protection sociale en Afrique de l'Ouest et du Centre – Etude de cas du Sénégal* », Janvier, http://www.ptfsenegal.org/3-documents/protection-sociale-des-enfants-au-senegal.pdf
- UNICEF (2009), « *Les droits de l'enfant ont 20 ans* », 19 Mai, http://www.unicef.org/rightsite/files/expositionvingtanscide.pdf
- Union européenne (2000) « *Conclusions de la présidence* » Conseil européen de Lisbonne, 23 et 24 Mars, http://consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/fr/ec/00100-r1.f0.htm
- UNIOPSS (2012), « *Plateforme Uniopss-Présidentielles 2012* », http://www.uniopss-presidentielles2012.fr/voir-la-plate-forme/
- USAID (2011), « *Jeunesse du Sénégal : Enjeux et perspectives », Rapport Final : Volume 1, Juillet,*

http://www.synapsecenter.org/Websites/wwwsynapse/images/documents/YouthMap_Senegal.pdf

- VAN GINNEKEN W. (2005), "*La sécurité sociale face à la pauvreté* », « *Vivre en sécurité* », Revue *Quart Monde*, N°195, http://www.editionsquartmonde.org/rqm/document.php?id=546
- VAN GINNEKEN W. *(2004), "Etendre la sécurité sociale: politiques pour les pays en développement* », ESS – Extension de la protection sociale, Document ESS N°13, www.ilo.org/dyn/dwresources/docs/177/F925993725/177_fr.pdf
- VAN GINNEKEN W. (2000) «*Sécurité sociale pour la majorité exclue dans les pays en développement* », Etude de cas des pays en développement, OIT, Genève, www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1999/99B09_222_fren.pdf
- VAN GINNEKEN W. (1999) «*Sécurité sociale pour le secteur informel : un nouveau défi pour les pays en développement* », *Revue Internationale de la sécurité sociale*, Vol 52, , www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2003/103B09_51_fren.pdf
- VEREZ J.-C. (2007), *Pauvretés dans le monde*, Editions Ellipses
- WADE Y. (2002), « *Initiatives permettant de promouvoir des emplois de qualité et d'améliorer la productivité dans le secteur informel – Une étude de cas au Sénégal* », Document de travail sur l'économie informelle, BIT, Genève, http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_emp/documents/publication/wcms_122210.pdf
- WAGSTAFF A. (2002), « *Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé* », Bulletin de l'OMS, Recueil d'articles N°7, http://www.who.int/bulletin/volumes/100to108.pdf
- WALTER R. (2006), « *La formation professionnelle en secteur informelle* », Rapport sur l'enquête terrain au Sénégal, Agence Française de Développement, http://www.afd.fr/webdav/site/afd/shared/PUBLICATIONS/RECHERCHE/Scientifiques/Documents-de-travail/021-document-travail.pdf
- WISMAN D. et B. BAKER (2011), « *Accroissement des inégalités, une demande insuffisante, STATUS INSECURITE, idéologie et la crise financière de 2008* », http://www.american.edu/cas/economics/pdf/upload/2011-1.pdf

Table des matières

INTRODUCTION GENERALE 10

PREMIERE PARTIE 24

FONDEMENTS THEORIQUES 24

CHAPITRE I : 25

CORRELATION ENTRE NIVEAU DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE ET QUALITE DES RESSOURCES HUMAINES D'UN PAYS 25

§1. La mesure du développement économique et de la productivité du travail 26

I. L'indicateur des performances économiques : le PIB 26

I.1. Un indicateur de référence largement perfectible 26

I.2. Les indicateurs alternatifs du niveau de développement économique 30

I.2.1. L'indicateur de développement humain (IDH) 31

I.2.2. L'Indice de Bien Etre Economique (IBEE) 33

II. La productivité horaire du travail 36

§2. Corrélation entre niveau de développement économique et productivité du travail 38

§1. La protection sociale : obstacle aux performances économiques 45

I. La protection sociale nuit à la compétitivité 46

II. Le volet Assistance : une solution inadéquate pour la réduction des inégalités et de la pauvreté 49

III. L'impact négatif de la protection sociale sur l'emploi et la croissance 55

III.1. Les effets pervers des prestations sociales 55

III. 1.1 Elles peuvent dévaloriser le travail 55

III. 1.2 Elles peuvent être néfastes à la croissance 56

III.2. Les effets relatifs au financement de la protection sociale 59

III.3. Les effets du salaire minimum 60

§2. La protection sociale, indispensable au développement socioéconomique et humain 64

I. La protection sociale améliore les facteurs d'accumulation du capital humain 66

I.1. La théorie du capital humain 66

I.2. La protection sociale facilite l'accès à l'éducation et la rend performante 70

II. La protection sociale : un outil d'amélioration des performances économiques 75

II.1. Elle réduit la pauvreté 75

II. La protection sociale est un véritable acteur économique 84

II.1. Elle contribue à la reproduction de la force de travail 84

II.2. La protection sociale est un régulateur économique 88

III. La protection sociale favorise la cohésion sociale 90

III.1. Les inégalités 92

III.2. La protection sociale réduit les formes d'inégalité préjudiciables 94

IV. La protection sociale est un impératif pour la formalisation des activités « informelles » 97

CHAPITRE III : L'IMPACT DE L'ASSURANCE MALADIE SUR LA RENTABILITE DES HOMMES 102

§1. Santé et productivité 103

I. Définition et déterminants de la santé 103

II. Les inégalités en santé 106

III. Le coût de la mauvaise santé 109

IV. L'apport de la santé sur les hommes et sur l'économie 111

IV.1. L'impact de la bonne santé au niveau microéconomique 112

I.V.2. L'impact de la bonne santé au niveau macroéconomique 116

§2. La nécessaire mise en place d'une assurance maladie 128

équitable et efficace 128

I. La santé représente un coût très élevé d'où la nécessité d'une intervention publique pour élargir la protection sanitaire 128

II. Nécessité d'un système politique équitable et accessible 129

III. La nécessaire intervention publique dans le domaine de la santé 132

DEUXIEME PARTIE 139

DIAGNOSTIC DE LA SITUATION SENEGALAISE ET PROPOSITIONS 139

CHAPITRE IV : PRÉSENTATION DU PAYS ET DU DISPOSITIF FORMEL DE SÉCURITÉ SOCIALE 141

§1 : Caractéristiques économiques, démographiques et sanitaires 141

I. Economie du Sénégal 141

II. La population 147
III. Caractéristiques sanitaires 149
III.1. Indicateurs de la santé et principales pathologies 149
III.2. Système de santé 152
§2. Le dispositif formel de protection sociale au Sénégal 159
I. Les institutions et prestations 159
I.1. La Caisse de Sécurité Sociale 160
I.1.1. Les prestations familiales 160
I.1.2. Prévention des risques 162
I.1.3. Accident du travail 162
I.2. L'Institution de Prévoyance Retraites du Sénégal (IPRES) 165
I.3. Les IPM 166
II. Financement 168
III. Limites du système 169
CHAPITRE V : ETUDE DE TERRAIN 171
§1. L'Etude du secteur informel 171
I. Les facteurs explicatifs de la prolifération du secteur informel 172
I.1. Les politiques d'ajustement structurel 172
I.2. L'accroissement démographique et l'exode rural 174
II. Caractéristiques du secteur informel 175
II.1. L'hétérogénéité 175
II.2. La vulnérabilité 177
III. La place du secteur informel dans l'économie 178
§2. Protection sociale dans le secteur informel 180
I. Les mutuelles de santé: un potentiel à exploiter 180
II. Le système traditionnel de solidarité 185
III. Solutions alternatives 187
III.1. La médecine traditionnelle, un palliatif peu onéreux 187
III.2. L'automédication, une voie dangereuse 188
§3. Analyses des enquêtes et entretiens réalisés 190
I. Objectifs des enquêtes et justification des choix 190
I.1. Objectifs visés 190
I.2. Le choix des villes 190
II. Méthodologie 193
II. 1. Le questionnaire 193
II.2. Difficultés rencontrées 193
II.3. Changement de méthodes 194
III. Contenus des entretiens et des réponses aux questionnaires 196
CHAPITRE VI : 203
MISE EN PLACE D'UN SYSTEME DE COUVERTURE MALADIE SPECIFIQUE AU SECTEUR INFORMEL DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE 203
I. Les justifications des choix 205
I.1. Le choix d'un régime obligatoire et global 205
I.2. Le Ghana et le Rwanda, des expériences riches d'enseignement 208
II. Mise en place de l'Assurance maladie obligatoire 213
II.1. L'explication des grandes orientations du régime 215
II.2. La couverture maladie 218
CONCLUSION GENERALE 237
ANNEXES 244
BIBLIOGRAPHIE 281
TABLE DES MATIERES 304

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Classement des pays selon le PIB/habitant en 2009 (en $US courants)

Tableau 2 : Les niveaux de développement humain dans le monde en 2011

Tableau 3 : Classement par pays de l'IDH et du PIB/habitant en 2005

Tableau 4 : Valeurs de l'IBEE français, 1980-2003

Tableau 5 : Productivité horaire par pays et par employé, en 2002

Tableau 6 : Modèles européens combinant taux d'emploi et productivité horaire

Tableau 7 : Réduction de la pauvreté en Inde mesurée en ratios d'effectifs (pourcentage)

Tableau 8 : Coupe transversale en Inde : taux de croissance de l'output par travailleur, 1970-2000

Tableau 9 : Taux de pauvreté relative dans les pays de l'UE en 1996 et 1997 (60 % du revenu moyen national)

Tableau 10 : Justification de l'intervention de l'Etat

Tableau 11 : L'impact des mesures sociales sur l'éducation

Tableau 12 : Nombre de personnes vivant en dessous du seuil d'extrême pauvreté par région

Tableau 13 : Profil de la pauvreté dans différents pays

Tableau 14 : Taux de risques avant et après transferts sociaux

Tableau 15 : Dynamique de la pauvreté : évaluation des risques

Tableau 16 : Dépenses consacrées à la fonction « Famille/enfants », en 2005

Tableau 17 : Taux d'emploi des mères (âgées de 20-49 ans) selon le nombre d'enfants de moins de 12 ans et proportion de celles travaillant à temps partiel (2003)

Tableau 18 : Contribution des différents prélèvements et transferts à la réduction des inégalités de niveau de vie

Tableau 19 : Variation des inégalités de revenus et des transferts gouvernementaux – Principaux pays d'Europe et Etats-Unis, 1984-1997, population active

Tableau 20 : Les modèles de mesure des sources de la croissance

Tableau 21 : Espérance de vie et taux de mortalité, selon la catégorie de développement des pays (1995-2000)

Tableau 22 : Evolution des principaux Indicateurs économiques (en milliards de dollars, sauf PNB par habitant en dollars)

Tableau 23 : Commerce extérieur, en milliards de dollars

Tableau 24 : Aperçu des statistiques démographiques du Sénégal

Tableau 25 : Critères internationaux et couverture au Sénégal

Tableau 26 : couverture en personnel sanitaire en 2008

Tableau 27 : Situation du financement de la santé en 2007 (en milliards de FCFA)

Tableau 28 : Financement de la protection sociale au Sénégal

Tableau 29 : Evolution de la population active occupée par secteur d'activité de 1995 à 2004

Tableau 30 : Enquêtes réalisées à Dakar

Tableau 31 : Enquêtes réalisées à Kaolack

Tableau 32 : Enquêtes réalisées à Fatick

Tableau 33 : Distribution des revenus dans les quartiers de Pikine et de Guinaw rail

Tableau 34 : Tableau globale des mutuelles fonctionnelles

Tableau 35 : Couverture maladie au Ghana et au Rwanda en 2009

Tableau 36 : Résumé du Système national d'assurance maladie au Ghana

Tableau 37 : Avantages et risques potentiels du développement de l'assurance maladie

Tableau 38 : Avantages et des inconvénients des mécanismes de financement de l'assurance maladie sociale obligatoire

Tableau 39 : Primes, tickets modérateurs et paquets des bénéfices pour diverses mutuelles d'Afrique de l'Ouest

Tableau 40: Classement des prestations selon leur fréquence dans les garanties des mutuelles de santé fonctionnelles

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Prestations sociales « famille/enfants » en % du PIB – 2005 (2004 pour le Portugal

Graphique 2: L'évolution des inégalités dans le monde 1820-1992

Graphique 3: Cadre des grandes catégories de déterminants et les voies

Graphique 4 : Interactions entre inégalités de santé et inégalités économiques

Graphique 5 : Définitions de la productivité à la lumière des effets de la santé

Graphique 6 : Croissance de la production réelle par heure, secteur des entreprises, Canada et Etats-Unis, taux annuels de changement en pourcentage, de 1973 à 2009

Graphique 7 : Parcours vers une main-d'œuvre productive et en santé

Graphique 8 : taux de croissance du PIB de 2000 à 2011

Graphique 9 : Evolution de la dette extérieure du Sénégal de 2006 à 2009 selon les différentes catégories de bailleurs

Graphique 10 : Répartition géographique des mutuelles au Sénégal

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Durée et taux d'emploi, en 2002

Annexe 2 : Taux d'emploi en 2002 – en %

Annexe 3 : Taux d'emploi, emploi à temps partiel et contrats à durée déterminée en 2009 (%)

Annexe : Le poids de la PCS et du revenu dans la sociabilité en France

Annexe 4: Decomposition of global inequality into Between and Within Components (Theil Coefficient)

Annexe 5 : Dépenses de protection sociale, taux de pauvreté et inégalités de revenus dans l'Union européenne

Annexes 6 – Taux d'accroissement du PIB, de la Productivité (Brute et corrigée) du travail, et taux d'investissement pour 52 Pays, 1950-1960 (en pourcentage)

Annexe 7 : Résultats de la régression du taux d'accroissement du produit par rapport au taux d'accroissement de la main-d'œuvre et au taux d'investissement

Annexe 8 : Tableau récapitulatif des faits stylisés de la santé

Annexe 9 *:* Liste des pays par région géopolitique du modèle de RODRIGUE

Annexe 10 : La perte de compétitivité des entreprises sénégalaises

Annexe 11 : Répartition en % des malades selon la durée d'absence au travail et la résidence

Annexe 12 : Service de la dette publique extérieure du Sénégal de 2006 à 2009

Annexe 13 : source de la croissance sénégalaise : 1995-2003

Annexe 14 ***:*** Structure du PIB

Annexe 15 : Vaccination des enfants d'un an en 2010 au Sénégal

Annexe 16 : Répartition du personnel par région du Sénégal

Annexe 17 : Répartition en % des malades selon le type de maladies et le milieu de résidence

Annexe 18 : Distribution des cas de morbidité et de mortalité en 2007

Annexe 19 : Prévention des maladies au Sénégal en 2005

Annexe 20 : Schéma d'extension de la couverture du risque maladie

Annexe 21 : Estimation du nombre de personnes ouvertes contre le risque maladie

Annexe 22 : Législatifs et Réglementaires portant sur la protection sociale au Sénégal

Annexe 23 : Les unités de production informelles suivant le type d'emploi du chef de l'UPI

Annexe 24 : Rémunération et heures de travail dans le secteur informel

Annexe 25 : Caractéristiques des emplois dépendants dans le secteur informel

Annexe 26 : Statistique de l'assurance maladie

Annexe 27 : Questionnaire destiné aux chefs d'entreprise

Annexe 28 *:* Questionnaire destiné aux travailleurs indépendants dans le commerce

Annexe 29 : APD reçue par le Sénégal et les PMA en provenance des pays membres du CAD et des institutions multilatérales essentiellement financés par ceux-ci

VU et PERMIS D'IMPRIMER

A Montpellier, le

Le Président de l'Université Montpellier I

Philippe Augé