



THÈSE / UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE

sous le sceau de l'Université européenne de Bretagne

pour obtenir le titre de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE

Mention : sociologie

École Doctorale : Sciences Humaines et Sociales

ED 507

Présentée par

Mamadou Aguibou DIALLO

Préparée au CRBC, EA 4451

**La protection sociale au Sénégal :
l'exemple des ouvriers du bâtiment à Dakar**

Thèse soutenue le 22 janvier 2014

Devant le jury composé de :

Jean-Claude Barbier

Directeur de recherches émérite, CNRS-Université de Paris I

Eveline Baumann

Chargée de recherches en socio-économie, Institut de Recherches pour le Développement- Université de Paris I, rapporteure

Arlette Gautier

Professeure en sociologie, Université de Bretagne Occidentale, directrice de Thèse

François-Xavier Merrien

Professeur en sociologie, Université de Lausanne, rapporteur

Alain Vilbrod

Professeur en sociologie, Université de Bretagne Occidentale

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier les personnes suivantes pour leur soutien, leurs conseils et leur disponibilité ;

La professeure Arlette Gautier pour avoir accepté de diriger cette thèse, pour sa disponibilité et ses conseils pendant ces années d'encadrement ;

Les professeurs François-Xavier Merrien et Alain Vilbrod ainsi que madame Eveline Baumann et monsieur Jean- Claude barbier pour avoir accepté de faire partie du jury ;

Les enseignants-chercheurs du département de sociologie de l'UFR LSHS de Segalen pour les échanges et les conseils en matière d'enseignement et de recherche ;

Les personnels de l'ED 507 SHS, des laboratoires CRBC (EA 4451) et LABERS (ex ARS EA 3149) pour leur disponibilité et leur professionnalisme ;

Le Collège Doctoral de l'Université Européenne de Bretagne (UEB) pour avoir contribué au financement de cette étude à travers la bourse de mobilité sortante (automne 2009) ;

Richard Lalou, Stéphanie Dos Santos et toute l'équipe du laboratoire UMR 151 IRD (Hann Dakar) pour l'accueil, l'accompagnement, les échanges et les conseils pendant le séjour de terrain (mars-juin 2010) ;

Annick Madec, Emilie Potin, Myriam Dupouy, Amélie Le Pape, Françoise Maurel, Mathilde Caër, Patrice Corrêa, Papa Babacar Niowy Senghor, Alioune Diouf, Ndèye Fatou Ndiaye, Thierno Baldé, pour la relecture et les corrections du document ;

Laurent Mell, Helene Trelu, Emmanuel Kobela, Anicet Nzamba, Tchalla Kokou, Liu Chang, Elodie Regnault pour les échanges riches et fructueux à la salle des doctorants de l'UBO.

Abdoulaye Diallo, Thierno Sadou Diallo, Boubacar Poty Diallo, Thierno Hamidou Diallo, Mamadou Talibé Diallo, Ibrahima Diallo, Khadidiatou Diallo pour leur soutien et leurs conseils.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ANDS	Agence Nationale de la Démographie et de la Statistique
BIT	Bureau international du travail
CAFSP	Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNHU	Centre National Hospitalier et Universitaire
CSE	Compagnie Sahélienne d'Entreprises
CSS	Caisse de Sécurité Sociale
DNS	Dépense Nationale de Santé
DSRP	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EIP	Equipement Individuel de Protection
EPPS	Enquête de Perception de la Pauvreté au Sénégal
EPS	Etablissements Publics de Santé
ESAM	Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FMI	Fonds Monétaire International
FNR	Fonds National de Retraite
IPM,	Institut de Prévoyance Maladie
IPRES	Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
MFPETOP	Ministère de la Fonction Publique, de l'Emploi, du Travail et des Organisations Professionnelles
MSP	Ministère de la Santé et de la Prévention
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OHLM	Office des Habitations à Loyer Modéré
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAMECAS	Partenariat pour la Mobilisation de l'Epargne et le Crédit au Sénégal
PAS	Programme d'Ajustement Structurel
PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé
PME	Petites et Moyennes Entreprises
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDIS	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PSOBD	Protection Sociale des Ouvriers du Bâtiment à Dakar
SAGEF	Société d'Aménagement et de Gestion d'Equipements Fonciers

SCA	Stratégie de Croissance Accélérée
SICAP	Société Immobilière du Cap- Vert
SIPRES	Société Immobilière de la Presqu'île
SMIG	Salaire Minimum Garanti
SNHLM	Société Nationale des habitations à Loyer Modéré
SNPS	Stratégie Nationale de Protection Sociale.
SOTRAGEN	Société de Travaux Généraux
SRSD	Service Régional de la Statistique et de la Démographie
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSSP	Stratégie des Soins de Santé Primaire
STEP	Stratégie et Techniques Contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
TMS	Les troubles musculo-squelettiques
UCAD	Université Cheikh Anta Diop de Dakar

INTRODUCTION GENERALE

La protection sociale moderne, système apparu au début du 20^{ème} siècle en Europe occidentale, est aujourd'hui l'une des préoccupations majeures des hommes politiques, des citoyens, des chercheurs et des acteurs professionnels. Cet intérêt tient en partie au fait que les sociétés contemporaines apparaissent souvent comme des entités très fragiles où même les populations les plus protégées ressentent une insécurité à tous les niveaux. Ces vulnérabilités et la fragilité sociale ne sont pas des phénomènes nouveaux puisque la révolution industrielle, en faisant passer les sociétés d'un système traditionnel à une société moderne, a réussi à instituer un nouveau type de société. Les révolutions technologiques et économiques se sont accompagnées de transformations au niveau des structures sociales, des habitudes, des pratiques quotidiennes et des besoins. Dans cette « *grande transformation* » (Polanyi, 1983), les nouveaux citadins, les anciens paysans et les nouvelles classes ouvrières se retrouvent dans une situation d'insécurité sociale qui perturbe leur vie quotidienne et menace leur futur. Cette insécurité est liée à l'avènement de nouveaux risques (chômage, accidents de travail, maladies professionnelles, retraite) non pris en compte par les structures sociales traditionnelles (famille, Église, communauté). Pour prendre en charge ces nouveaux risques, la société est obligée « d'inventer des équivalents fonctionnels » (Merrien, 2007) comme les services de santé et d'action sociale afin de mieux répondre aux besoins de protection et de sécurité des citoyens. Le concours de l'État à travers des politiques et des mesures sociales devient indispensable (Midgley, 1993) pour rétablir les dysfonctionnements créés par le marché et ses corollaires mais aussi pour réguler les rapports sociaux (inégalitaires), promouvoir, renforcer et repenser la solidarité (Rosanvallon, 1995). Cette intervention, souvent décriée par les économistes classiques (Adam Smith) et néolibéraux (Milton Friedmann), est qualifiée de providentielle, car elle tente d'offrir une protection sociale, c'est-à-dire un ensemble de dispositifs sociaux (santé, logement, éducation, revenu, emploi) orienté vers un groupe ou des individus pour lui ou leur permettre de faire face aux difficultés de la vie. Dans ce cas, la protection sociale apparaît comme une soupape de sûreté, un instrument de sécurisation publique destiné à protéger contre les risques sociaux dont la survenance contribue à menacer et/ou à réduire le niveau de vie des citoyens.

Vu sous cet angle, la protection sociale est étroitement liée à l'État-providence dont elle est l'expression la plus manifeste. Par exemple, dès les années 1880, des lois ont été votées en Allemagne (l'assurance maladie de 1883, l'assurance accidents de travail de 1884, l'assurance invalidité vieillesse de 1889) et en Angleterre (la loi sur les personnes âgées ou *Old Aged Pensions Act de 1908*, la loi sur l'assurance maladie et invalidité de 1911 et la loi sur l'assurance chômage obligatoire) pour assurer les travailleurs et les citoyens contre les risques liés à l'âge et à la santé. A ce niveau, il est nécessaire de rappeler que : « la conception origininaire de la sécurité sociale était de combattre l'insécurité sociale et la pauvreté en protégeant collectivement les travailleurs d'abord, puis progressivement l'ensemble des citoyens contre les aléas de l'existence » (Castel R. , 2008 , p. 103). Ainsi, l'intervention sociale de l'État dans ces pays est souvent orientée vers l'amélioration des conditions de vie et d'existence des ouvriers et de leurs familles. Les politiques et mesures sont donc des réponses apportées par les États providences pour mieux faire face aux bouleversements qui ont fini par fragiliser des couches entières de la population mais aussi exclure un grand nombre de personnes du marché.

Les régimes politiques socialistes et socio-démocrates ont contribué à renforcer la protection des salariés et des citoyens dans les pays scandinaves, en Europe occidentale, en Amérique Latine et en Afrique. Toutefois, il est important de ne pas perdre de vue que les avantages sociaux n'ont jamais été que des cadeaux des dirigeants politiques et/ou économiques. La plupart des avancées sont obtenues après des années de luttes, des négociations et d'arrangements entre les pouvoirs politiques, le patronat et les travailleurs mais aussi entre les salariés eux-mêmes.

Des auteurs comme Walter Korpi (1983) ou Gosta Esping-Andersen (1985) soulignent que l'avancée des politiques sociales est indissociable du degré d'organisation et de mobilisation des travailleurs. Les politiques sociales sont les fruits de rapports de force entre les acteurs (dirigeants et employeurs d'un côté et travailleurs de l'autre) à l'occasion des grandes mobilisations ou de « bras de fer ». Dans de nombreux pays, les régimes sociaux se sont construits, développés et améliorés grâce à l'implication des groupes salariés et de leurs représentants qui ont porté la sécurité sociale parmi leurs points de revendication. Ainsi, la protection sociale peut se comprendre comme une conquête sociale qui essaye de garantir à un groupe des ressources ou des services que les membres n'arrivent plus à assurer par eux même à travers leurs revenus.

C'est donc, le « remède » contre l'insécurité sociale causée par le marché et les aléas de la vie. Cependant, la protection sociale n'a pas pour seul objectif d'assurer le minimum vital. Elle est un moyen d'intégration, d'affiliation et de revalorisation personnelle et collective puisque l'insécurité sociale est avant tout une situation et une incertitude face à la capacité d'assurer sa vie relationnelle et donc son statut social (Castel R. , 2003). En plus des risques économiques et financiers classiques, l'exclusion, l'isolement, la perte de statut, apparaissent comme des risques majeurs des sociétés actuelles (Beck, 2001). Les régimes de protection sociale sont donc appelés à se moderniser (prendre en compte les nouveaux risques), s'étendre (couvrir un maximum de personnes ou de groupes), être plus généreux (augmenter les prestations), plus humanistes (se préoccuper du bien-être et du devenir des citoyens), bref, à être activé dans de nombreux pays. Mais avec la mondialisation, les crises économiques, les mutations socioprofessionnelles et environnementales, la plupart des systèmes de protection sociale ont montré leurs limites. Une analyse de l'état de protection sociale dans les « vieux pays industrialisés » et dans les pays en voie de développement montre que les populations vivent de plus en plus de situation d'insécurité sociale. En Europe et en Amérique du nord, les modèles semblent être en déphasage avec les risques tandis qu'en Amérique latine (Lautier B. , 2006), en Asie (AISS, 2009) et Afrique (OIT, 2004), les gouvernements peinent à bâtir des modèles solides et à étendre la protection sociale à l'ensemble des populations. En Afrique, ces difficultés peuvent être liées à l'histoire du continent marquée par des dominations étrangères (conquêtes, colonisation), la structure inégale des échanges, les dysfonctionnements sociopolitiques (absence de démocratie, coups d'État, conflits, corruption, mal gouvernance), les choix politiques et économiques en matière de développement, la rigueur pendant les années d'ajustements structurels, l'absence de politique sociale durable.

Actuellement, selon les statistiques de l'Organisation Internationale du Travail (OIT), seulement 20% de la population mondiale bénéficie d'une couverture sociale correcte et plus de 50% en est dépourvue¹. Ce faible taux de couverture est le résultat de la combinaison de multiples facteurs qui affectent l'efficacité des régimes sociaux, surtout dans les pays en développement.

¹ Ces taux sont indiqués sur le site de l'Organisation Internationale du Travail (en ligne). Consulté le 27 juin 2013 et disponible sur l'url : <http://www.ilo.org/global/topics/social-security/lang--fr/index.htm>

Dans plusieurs pays, les limites des systèmes sociaux tiennent surtout à l'incapacité des pouvoirs publics et des institutions sociales à répondre aux besoins des populations et des groupes sociaux mais aussi à prévenir les risques. En fait, la plupart des régimes de protection sociale est bâtie autour de l'emploi (modèle bismarckien) et/ou de la citoyenneté (modèle beveridgien). Pourtant, les nouveaux phénomènes sociaux comme la dépendance, l'exclusion, et les catastrophes écologiques sortent du cadre classique de l'assurance.

En Afrique subsaharienne, la situation est très particulière puisque, environ 90% de la population est sans couverture sociale². Ce taux élevé s'explique par l'histoire de la protection sociale sur le continent. En effet, à cause de la faiblesse du travail salarial, du déficit de structures sanitaires, de la forte présence des maladies et du manque de moyens des États, les pouvoirs publics ont privilégié l'accès aux soins et l'amélioration des conditions de vie, mais dans le cadre d'initiatives financées par des organismes internationaux et ciblées sur des programmes de prévention des maladies, plutôt que l'élaboration de stratégies nationales d'assurance maladie. L'accès à des soins de santé suffisants est apparu donc comme l'élément le plus important de la sécurité sociale pour la majorité des peuples d'Afrique subsaharienne. En outre, l'État a orienté sa couverture vers les fonctionnaires et les salariés du privé. Or ces deux catégories représentent une faible proportion de la population active africaine mais aussi de la population dans l'ensemble.

Le résultat est qu'au Sénégal, par exemple, les pourcentages des femmes et des hommes ne disposant pas de couverture médicale sont respectivement de 94 % et 92 % d'après les données de la dernière enquête santé (EDS-MICS 2010-211). Ces proportions sont très élevées quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques des femmes et des hommes. De plus, le peu de personnes ou de catégories qui en dispose ne bénéficie pas d'une couverture maximale. La faiblesse des systèmes sociaux africains tient en partie au fait que ce sont souvent des modèles importés, en déphasage avec la réalité sociale, fragiles, manquant des ressources humaines, financières et techniques.

² Actuellement, ces statistiques varient d'un pays à un autre. Par exemple des pays comme le Gabon, le Rwanda, l'Afrique du sud, la Tunisie, le Ghana ont un taux de couverture maladie supérieur à 80% tandis que dans d'autres comme le Sénégal, la sécurité sociale couvre entre 20% et 60% de la population selon l'Organisation Internationale du Travail. Voir le document en ligne de l'OIT intitulé *Le point sur la sécurité sociale en Afrique* (en ligne). Consulté le 25 octobre 2013 sur l'url : http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067554.pdf

En revanche, les régimes sociaux occidentaux se sont construits en fonction des trajectoires historiques des États, des idéologies, des cultures et des civilisations, des besoins, des risques, propres aux sociétés européennes ou nord-américaines.

Ainsi, un système africain de protection sociale doit prendre en compte la pauvreté, la faiblesse de la culture d'assurance, les croyances populaires, la fragilité économique des États, la gouvernance publique ou privée, la faiblesse du salariat et les réseaux de solidarité.

Le Sénégal, depuis l'indépendance, a décidé d'offrir à ses citoyens une couverture sociale générale, diversifiée et efficace avec la loi sur la prévoyance sociale dans les années 1970 et l'élaboration d'une Stratégie Nationale de Protection Sociale en 2005. Ces initiatives ont permis au pays de se doter de structures sociales fonctionnelles et d'instaurer un régime de prévoyance sociale pour les travailleurs du privé, les fonctionnaires et certains groupes sociaux. Cependant, le taux de couverture reste faible et les prestations demeurent encore insuffisantes. Actuellement, la majorité des Sénégalais est sans couverture sociale et le régime de sécurité sociale n'assure pas la maladie et le chômage.

Cette recherche est construite autour de la problématique de la précarité et de l'accès aux soins en milieu urbain africain. Elle ambitionne de savoir avant tout, si les travailleurs du bâtiment sont couverts par une assurance santé. Dans le cas contraire, il sera question de cerner les facteurs qui expliquent l'absence ou la faiblesse de couverture. Ensuite, la recherche vise à vérifier si la souscription à une assurance permet aux ouvriers de réduire leurs difficultés économiques et financières. De même, nous cherchons à analyser les stratégies utilisées par les travailleurs pour prendre soin de leur santé et celle de leurs familles en l'absence ou face à la faiblesse de la couverture sociale.

La thèse comprend trois parties subdivisées en neuf chapitres.

Dans la première, nous procédons à une construction théorique et méthodologique du sujet avec l'élaboration de la problématique, des hypothèses, des objectifs et la définition du cadre méthodologique de l'étude. Cette partie permet de replacer la recherche dans un contexte scientifique.

Dans la deuxième, nous analysons le cadre et le contexte de développement de la protection sociale au Sénégal. C'est le lieu d'étudier la structuration et le fonctionnement du système de soins, le régime de sécurité sociale et les stratégies nationales de protection sociale.

La troisième partie, quant à elle, est consacrée à la présentation, à l'analyse et à l'interprétation des données de l'enquête de terrain. A ce niveau, nous procédons à une analyse du discours des acteurs mais aussi des données quantitatives concernant l'emploi des ouvriers, les besoins en matière de santé, les risques ou la sécurité au travail et la couverture santé.

L'analyse de ces informations permet de mieux comprendre la protection sociale dans le bâtiment à Dakar. De même, dans cette partie, nous analysons le régime sénégalais de prévoyance santé en mettant l'accent sur ses limites, atouts et perspectives d'évolution dans le cadre d'une couverture maladie universelle. Il s'agit d'une analyse critique du régime sénégalais de prévoyance sociale dans le bâtiment pour mieux appréhender s'il est efficace et viable.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

Dans le cadre de cette étude, nous consacrons cette première partie à la construction théorique et méthodologique avec en premier lieu la problématisation du sujet, la clarification des concepts et la construction des hypothèses. En second lieu, nous procédons à la définition du cadre méthodologique c'est-à-dire l'ensemble des méthodes et des techniques utilisées pour délimiter le champ d'étude (communes, quartiers), l'échantillon (population, taille), le terrain (planification). Cette phase est aussi consacrée au recueil, traitement, vérification et analyse des données. Enfin, en troisième lieu, nous présentons le cadre et l'environnement de l'étude, c'est-à-dire la région de Dakar.

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL

Ce chapitre est consacré à l'élaboration théorique et conceptuelle de la thèse. Il regroupe un ensemble d'éléments nécessaires à la formulation technique et à la compréhension du problème de la protection sociale dans les sociétés occidentale, africaine et sénégalaise.

De façon générale, la recherche en sciences sociales exige un effort de conceptualisation et d'ancrage théorique qui permet au chercheur de mieux étudier, analyser et expliquer son objet. Le plus souvent cet exercice se fait dans le cadre théorique et conceptuel après une revue critique de la littérature et une synthèse des entretiens et des observations préliminaires. L'objectif est de « faire naître une problématique nourrie par des références conceptuels » (Desanti & Cardon, 2007, p. 25) utiles et pertinentes pour la compréhension d'un fait social.

Le cadre théorique et conceptuel est d'un intérêt particulier car il va faciliter la compréhension de certaines notions comme la protection sociale, l'Etat-providence ou la solidarité en donnant accès à des références connues. De plus, ce cadre va fournir des éléments critiques nécessaires à l'orientation de la recherche par la formulation d'interrogations et d'hypothèses pertinentes. Enfin, cette partie théorique va être le fil conducteur du travail. D'une part, elle va servir de référence pour la collecte des données, d'autre part, les analyses, interprétations et explications des résultats de l'enquête de terrain vont chercher à répondre aux interrogations soulevées à ce niveau.

Dans ce chapitre, nous posons d'abord la problématique puis proposons les hypothèses ainsi que les objectifs, ensuite montrons l'intérêt de cette étude et enfin nous tentons de construire puis expliquer le cadre d'analyse.

I-1-Problématique

Cette thèse s'intéresse à la protection sociale au Sénégal. Elle tente d'étudier un thème relativement nouveau dans la recherche sur le continent. En fait, la protection sociale en tant que politique et système est assez récente en Afrique subsaharienne. Les régimes de sécurité sociale de la plupart des pays africains ont été créés à partir de 1960. Etudier cette question en Afrique de façon générale et au Sénégal en particulier suppose auparavant de déconstruire le sujet en le mettant en relation avec certaines références

théoriques et conceptuelles portant sur l'Etat-providence, la justice sociale, le risque et l'insécurité. L'intérêt d'une telle démarche est à la fois, de soulever puis de résoudre les problèmes sous-jacents au sujet et de délimiter, de décrire, mesurer ou définir ce que l'on retient, mais aussi écarter un certain nombre de problèmes (Grawitz, 2001, p. 548)

I-1-1-Risques et insécurité sociale dans les sociétés contemporaines

Les questions de sécurité, de risques et de protection sociale sont depuis de nombreuses décennies au centre des préoccupations scientifiques (Giddens, 1994), (Beck, 2001) politiques, économiques et sociales dans la plupart des sociétés et des États modernes. Cet intérêt s'explique, entre autres, par l'augmentation constante des besoins de sécurité et par l'inefficacité de nombreux systèmes actuels de protection sociale (Ratinoff, 2000). Les besoins de sécurité et de protection sociale sont omniprésents dans les sociétés modernes du fait d'une part, de la multiplicité des risques liés à un environnement social, économique et professionnel (Barbier, 2008) fragile, et d'autre part, du fait que les systèmes de protection sociale ne cessent de montrer leurs limites pour diverses raisons. Aujourd'hui, les citoyens les mieux protégés vivent et ressentent au quotidien une certaine insécurité sociale (Peretti-Watel, 2001). Ce paradoxe est relevé d'ailleurs par Robert Castel qui montre que dans les sociétés occidentales l'insécurité sociale, au lieu de diminuer, continue de se développer au fil de l'extension des politiques sociales (Castel R. , 2003), ce qui soulève des interrogations sur la pertinence, la légitimité et l'avenir des régimes de sécurité sociale dans les sociétés contemporaines. Allons-nous donc vers un affaiblissement des protections et plus d'insécurité dans les sociétés modernes ? Quel est l'avenir de la protection sociale (Guillemard, 2008) ou celui de l'État-providence (Merrien, 2002) lui-même ? Les sociétés modernes vont-elles se transformer sous l'effet des risques et dangers de plus en plus importants et destructeurs ?

Cette recherche s'intéresse à la protection sociale dans un continent (l'Afrique) et un pays (le Sénégal) qui sont presque dépourvus de systèmes de sécurité sociale. Nous nous posons la question de savoir si les Sénégalais, et particulièrement les ouvriers du bâtiment à Dakar, ont besoin de ces politiques sociales. Ces besoins sont-ils liés aux risques dans le métier ou plutôt à l'environnement social ? Ces questionnements vont nous amener à analyser le risque santé dans le bâtiment en nous intéressant à sa nature, à sa prise en charge, à l'attitude et aux comportements des ouvriers.

I-1-2-Etat-providence et protection sociale : un lien historique ?

Actuellement, il existe de nombreuses théories mettant en relation la protection sociale et l'État-providence. Les premières font référence aux modèles dichotomiques de protection sociale que sont le modèle bismarckien et celui de Beveridge, tandis que les analyses de Gosta Esping-Andersen, de Richard Titmuss et les théories distributives mettent en relation l'État social, la famille et le marché.

Premièrement, les systèmes proposés par Otto Eduard Léopold Von Bismarck et William Henry Beveridge³ sont devenus des classiques pour ce qui concerne la protection sociale. Ils fonctionnent selon les principes de l'assurance et de l'assistance axés sur le statut social (citoyenneté) ou sur le statut professionnel (salarié).

Le modèle bismarckien, dit d'assurance sociale obligatoire, est un système bâti autour de la notion de statut professionnel et de risque au travail avec une couverture sociale des employés contre les risques liés à leurs activités. Les travailleurs bénéficient de prestations en fonction de leurs cotisations (montant, durée) et peuvent en faire bénéficier leurs familles. Ce type de régime est foncièrement corporatiste dans sa cible (les travailleurs), son mode d'organisation, de fonctionnement et de gestion (autogestion ou cogestion). C'est un régime pour les travailleurs et par les travailleurs dans la mesure où les salariés restent les principaux bénéficiaires des prestations et le système, financé et géré par les acteurs professionnels.

De plus, ce type de régime protège souvent les travailleurs de statuts professionnels stables et bien définis, tels les salariés (Friot, 1998). Les autres travailleurs « précaires » (intérimaires, salariés à mi-temps, stagiaires) ou les sans statut comme les travailleurs « au noir » souvent ne bénéficient pas de tous les avantages du système, surtout en matière de retraite, de santé ou de chômage (Castel R. , 2007). Ce modèle de protection sociale est donc restrictif, discriminant, voire antidémocratique.

Par contre, le modèle de protection sociale proposé par Beveridge est un système de protection dit universaliste. Les individus bénéficient de la sécurité sociale en fonction, non pas exclusivement de leur emploi ou de leur fonction, mais de leur statut de citoyen. Le principe de ce modèle est de couvrir automatiquement tous les citoyens sans obligation de cotisations préalables ni de lien avec la profession. La protection sociale est essentiellement financée par l'impôt. La citoyenneté est un élément fondamental qui

³ Ces deux hommes sont respectivement un chancelier allemand du 19^{ème} siècle et un économiste et homme politique anglais du 20^{ème} siècle.

lui permet de bénéficier d'avantages sociaux et de protection contre les risques majeurs : santé, vieillesse, famille, travail.

Dans ce régime, être citoyen c'est disposer de droits politiques mais aussi de droits de protection sociale (Schnapper, 1989). Ces derniers sont garantis par un État fortement protecteur qui assure une redistribution plus ou moins égale des ressources. Toutefois, dans ce type de régime, la grande difficulté est de définir la notion de citoyenneté sans discrimination puisque le système de Beveridge repose sur une philosophie démocratique et universaliste. Est-ce à dire donc qu'être citoyen est lié à la naissance ou plutôt à la résidence dans un pays ? La citoyenneté dépend-elle de l'acquittement d'obligations civiques ou se résume-t-elle à un sentiment d'appartenance ? Ce sont là autant de questions qu'il faut discuter et éclairer car le plus grand danger est de créer des catégories de citoyens (citoyens de premier degré ou bons citoyens) selon des critères arbitraires. Un tel projet est porteur d'inégalités voire de frustrations qui risquent de perturber la cohésion sociale (Dang & Letablier, 2009). D'ailleurs, certaines études sociologiques montrent que le modèle beveridgien n'incluait pas les femmes et n'était donc pas pleinement démocratique (Gautier & Heinen, 1993).

Au total, les deux modèles théorisés et proposés par Bismarck et Beveridge sont à la base de la plupart des régimes de sécurité sociale dans le monde. Toutefois, le système d'assurance sociale français, élaboré par Pierre Laroque⁴ sous l'influence de la tradition mutualiste française essaye de s'en démarquer. En effet, Pierre Laroque propose aux Français un système hybride⁵ (modèle d'« assurance-d'assistance ») dans lequel on retrouve des éléments de chacun des régimes mais où la sécurité sociale organisée en grands « risques » demeure une institution centrale (Barbier & Theret, 2009)⁶.

Ainsi, les modèles bismarckien, beveridgien et « laroquien » sont l'expression de l'État social au sens de *welfare state* et de *sozial Staat*. Ils tentent par des mécanismes socio-économiques spécifiques de protéger les populations contre l'insécurité sociale. Les deux modèles s'inscrivent dans une dynamique sociale, voire philanthropique de l'État. Ils ont en commun la volonté de lutter contre la pauvreté, de permettre aux populations de continuer à vivre décemment, de disposer de revenus en cas de cessation d'activité.

⁴ Pierre Laroque (1907-1997) est un juriste et homme d'Etat français fondateur du système français de sécurité sociale en 1945.

⁵ Ordonnance n°45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale française.

⁶ Jean Claude Barbier et Bruno Theret montrent que le système français est organisé en trois grands éléments : les assurances sociales, l'aide et l'action sociale et les institutions mutualistes et de prévoyance.

Dans ce cadre, nous sommes dans une logique d'État protecteur mais aussi de justice sociale. Les politiques et les investissements sociaux publics sont censés diminuer la « fracture sociale » mais aussi favoriser le bien-être individuel et collectif et éviter les conflits.

I-1-3-Face aux inégalités, la protection sociale comme principe de justice

Les mesures sociales de l'État-providence permettent de mettre en place un système de *décommodification* (démarchandisation), qui vise à réduire la dépendance des individus face au marché et à assurer les risques sociaux majeurs. L'intervention de l'État se justifie souvent par les conjonctures économiques défavorables et insupportables pour les individus et les groupes à revenu faible, mais aussi par la volonté des hommes politiques de faire bénéficier les citoyens des richesses nationales. Le soutien public permet de réduire les dépenses dans certains domaines de la vie socio-économique (alimentation, santé, éducation, transports). C'est une forme de solidarité à grande échelle qui va au-delà d'une simple assurance car elle s'inscrit dans une dynamique de progrès et de bien-être social.

A ce niveau, il semble donc indispensable de mobiliser le concept de justice sociale et plus particulièrement celui de redistribution dans les théories qui y sont consacrées afin de mieux appréhender le phénomène. Ces approches développées par des économistes, des philosophes et des sociologues mettent en relation les concepts de solidarité, d'État et de protection sociale. Les théories distributives reposent sur l'idée de bien-être individuel et collectif résultant d'un comportement ou d'un contrat social. Pour les tenants de ce courant, les individus doivent vivre dans des conditions de bien-être physique, matériel et social acceptables. Pour ce faire, ils doivent s'entraider et s'inscrire dans un projet commun.

Dans *Théorie de la justice*⁷, John Rawls critique l'utilitarisme classique, responsable de la différence et des inégalités individuelles et sociales. Pour Rawls, la justice, fondement de la cohésion sociale, veut que les citoyens soient égaux en droit, en situation (équité), en chance et en liberté. Les inégalités de chance dues à des statuts, des places ou des classes légitimées par des déterminants financiers, économiques, sociaux, culturels et politiques sont un obstacle à la paix et à la vie sociale.

⁷ John. Rawls. *Theory of Justice (1971)*, traduit par Catherine Audard, *Théorie de la justice*. Paris, Seuil, 1987, 666 p.

Au nom de la solidarité et de la justice, les détenteurs de ressources doivent en faire bénéficier aux plus démunis. Ce transfert se fait grâce à une redistribution directe par la charité et les prestations ou indirecte par la fiscalité, les investissements sociaux ou la sécurité sociale. Cependant, la redistribution individuelle directe est souvent mal perçue dans la mesure où elle apparaît chez certains comme de la charité, de l'aumône⁸. Ainsi, pour qu'elle profite à un grand nombre sans que les bénéficiaires ne soient pas stigmatisés, la redistribution doit se faire de manière indirecte à travers les institutions sociales. Cette redistribution se fait alors par un transfert des revenus : des riches vers les pauvres (revenu de Solidarité), des jeunes vers les seniors (pensions de retraite), des biens portant vers les malades et les invalides (assurance maladie), des célibataires vers les couples mariés et vers les familles avec enfants (allocations familiales), des travailleurs vers des chômeurs (indemnités chômage). L'objectif est de réduire considérablement les inégalités entre les individus et de protéger les citoyens contre les risques sociaux.

L'approche théorique de la protection sociale par la redistribution est très intéressante dans la mesure où l'idée de base de la protection sociale est de réduire les inégalités, de favoriser la solidarité par la redistribution des richesses. Toutefois, ce mode de transfert n'est pas toujours égalitaire. En France, la fiscalité profite à certaines catégories sociales au détriment d'autres (Gadrey, 2005). De même, les individus et les ménages les plus démunis bénéficient d'importants transferts sociaux (allocations) contrairement aux plus riches. En revanche, ces derniers ont des avantages fiscaux (TVA moins élevée, exonération de taxes, crédits d'impôt) assez considérables. Ainsi, cette approche fondée sur l'idée de redistribution semble trahir l'idéal de justice recherché puisqu'elle favorise des groupes, des individus aux dépens des autres.

Toutefois, on peut avancer l'hypothèse que les inégalités sociales sont inhérentes aux systèmes de protection sociale parce que ceux-ci sont fortement liés au marché et au système de production capitaliste. Or comme l'affirme John Maynard Keynes dans son traité sur la société capitaliste, ce système économique a deux grands problèmes :

⁸ Marcel Mauss dans *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques* (1924), montre que dans les sociétés primitives la morale du don est universelle. La triade donner, recevoir et rendre est présente dans toutes les sociétés. L'aumône et la charité sont des éléments difficilement acceptés dans les sociétés modernes. De même, Jacques T. Godbout et Alain Caillé dans *L'Esprit du don* (1992), affirment que le don ne concerne pas seulement les sociétés archaïques. Le phénomène est très présent dans les sociétés modernes mais très souvent ignoré et caché. Le don s'observe partout et tout le temps dans les sphères familiale, communautaire, professionnelle, organisationnelle, mercantile. Il conserve son caractère universel et contraignant qui contribue à perpétuer le cycle : donner, recevoir et rendre.

le plein emploi et la redistribution (Keynes, 1936). En effet, les marchés ne s'équilibrent pas automatiquement, ce qui justifie le recours à des politiques sociales à travers le *welfare state* c'est-à-dire l'État social. Le libéralisme de Keynes est très empreint de l'idée du *welfare state* qui sera par ailleurs le soubassement du modèle beveridgien de protection sociale. Pour John Maynard Keynes, l'État doit protéger les citoyens contre le chômage en créant un système de plein emploi grâce à l'investissement dans des grands travaux publics.

En définitive, l'approche socio-économique de la distribution est très intéressante non seulement pour comprendre l'avènement de l'État social, mais aussi pour mesurer l'importance de la répartition des richesses dans une société. Cette approche permet de replacer la protection sociale dans une logique de partage, fondée sur l'idée de solidarité et d'entraide grâce à l'assurance et à l'assistance publique.

Replacée dans le contexte africain, la théorie distributive trouve sa pertinence dans le fait que la protection sociale a pour but d'aider, de soutenir les travailleurs et les populations.

Par ailleurs, l'étude de la protection sociale à travers l'État-providence peut s'avérer très intéressante pour comprendre ses origines, son mode de fonctionnement, son efficience mais aussi ses limites et même son avenir, d'autant que la protection sociale est l'expression de l'État social.

I-1-4-Des typologies globales adaptées aux pays du Sud ?

Les différentes approches théoriques élaborées dans ce cadre tentent souvent de mettre en relation l'État, le marché et la famille, trois institutions actuellement au centre de la plupart des systèmes sociaux de sécurité.

-Premièrement, l'État en tant que créateur et garant de la viabilité des systèmes sociaux, est le principal financeur des politiques sociales. C'est aussi l'acteur qui élabore les priorités et les stratégies de protection sociale pour les différentes catégories de populations. Au moyen des politiques sociales, il garantit une certaine sécurité par rapport aux risques liés à l'âge, à la maternité, à l'emploi, à la maladie et/ou aux accidents professionnels.

-Deuxièmement, le marché participe à son tour à la protection sociale parce qu'il propose des prestations à des personnes et des groupes non couverts par l'État ou les structures traditionnelles (Blanchet, 1997).

-Troisièmement, la famille, unité sociale de base et en même temps lieu de solidarité traditionnelle, soutient les personnes grâce à une certaine assistance pendant les moments de vulnérabilité (maladie, accidents, maternité, chômage). Elle est le lieu de travail et de prise en charge, d'entretien et de soins aux enfants et aux adultes dépendants, comme le montrent les travaux de Jane Jenson (1997) ou de Jane Lewis (1997). Aussi, par la solidarité, l'unité familiale contribue à l'intégration de l'individu dans le corps social (socialisation). Enfin, la famille est l'instance la plus sollicitée pour lutter contre l'exclusion sociale dans certaines sociétés parce que les individus sont liés par des éléments très forts comme la parenté et la solidarité.

L'étude de la protection sociale à travers les institutions politiques, économiques et sociales est une démarche longtemps utilisée par les économistes et les sociologues. Ces derniers, tentent à travers des études comparatives, de dégager des modèles sociaux pouvant expliquer les différences entre les régimes d'État-providence et les systèmes de protection sociale. En effet, par la mise en relation de l'État social, du marché et de la famille, Richard Titmuss et Gosta Esping-Andersen proposent une typologie des États-providence. Ils montrent que selon l'importance de chacune de ces structures, on peut distinguer divers États-providence et partant, divers régimes de protection sociale.

Dans *Essai sur l'État-providence* (1958) Richard Titmuss distingue les modèles résiduel, industriel-méritocratique et institutionnel. Dans le modèle résiduel, on note une forte présence de la famille et du marché. L'État n'y intervient qu'en dernier lieu lorsque les solidarités primaires (familiales, communautaires, professionnelles) ou le marché ont montré leurs limites. Ce modèle se résume au maintien de filets de base en assurant le strict minimum, laissant le reste au marché.

Seulement, le marché ne permet pas à lui seul de garantir une sécurité sociale optimale aux travailleurs car le système est dominé par une logique capitaliste. En outre, le principe de marché autorégulateur n'est pas assez pertinent en matière de protection sociale, car il est question de protéger les salariés contre des risques engendrés par le système capitaliste (chômage, accidents et maladies professionnelles) et les incertitudes de la vie (vieillesse, famille, catastrophes naturelles).

L'autorégulation du système par une « main invisible » qui est le marché est une pure utopie. Elle a pour conséquence la marginalisation d'un nombre important de personnes au profit d'individus aisés.

En revanche, dans le modèle institutionnel, l'État doit permettre à chacun de se réaliser pleinement. Ce modèle se justifie par le fait que le marché ne peut répondre à tous les besoins des hommes en société. Dans ce cas, l'État fournit des services dits sociaux pour satisfaire les besoins. Dans la mesure où les besoins varient selon les classes sociales, l'État social intègre une fonction redistributive. De même, il apparaît non seulement comme un acteur indispensable pour garantir la sécurité et le bien-être des citoyens mais aussi, le moyen par lequel les populations bénéficient d'une couverture sociale.

Toutefois, ce modèle est parfois critiqué pour son paternalisme. Aussi, sa vocation universaliste comporterait un effet pervers qui est la baisse de qualité des services. Ainsi, le politologue Carol Levasseur, marqué par l'œuvre de Michel Foucault, affirme que « l'omniprésence totalitaire de l'État dans le champ social est, depuis la seconde guerre mondiale, devenue très visible de sorte qu'aucune sphère de la société civile n'échappe dorénavant au quadrillage institutionnel étatique » (Levasseur, 2004, p. 1). Ces conséquences sont, entre autres, l'étatisation croissante des échanges sociaux et la destruction des liens traditionnels.

Par ailleurs, l'entretien des systèmes de sécurité sociale a un coût que les populations sont appelées à supporter à travers les cotisations sociales et l'impôt. Dans ce cas, l'appropriation de la protection sociale par l'État-providence peut permettre de corriger les limites de l'approche libérale fondée sur le marché en recentrant la protection autour de l'intérêt des travailleurs et des citoyens. En fait, la protection sociale dans un système capitaliste est faite pour assurer non seulement la reproduction de la force du travail mais aussi pour augmenter la productivité.

Au fond, le modèle institutionnel n'est rien d'autre que l'expression de l'État-providence avec ses missions qui sont : combattre la pauvreté, protéger contre la perte de revenus, limiter l'inégalité sociale et favoriser le bien-être collectif.

Toutefois, malgré la pertinence de cette classification, elle apparaît incomplète aux yeux de certaines recherches contemporaines. Dans les travaux de Gosta Esping-Andersen, on découvre une autre typologie qui prend en compte la famille sur le principe de réciprocité, le marché par la distribution fondée sur l'échange monétaire, le secteur public par la redistribution (Esping-Andersen, 1990) . Pour Gosta Esping-Andersen, l'État-providence n'est pas, comme chez Harold Wilensky et Charles Lebeaux (1958), une réponse fonctionnelle aux besoins générés par la société industrielle. Il est plutôt le résultat d'histoires sociales différentes, le fruit de rapports de force.

Les régimes suivent des trajectoires nationales différentes (*path dependence*) en Europe (Bonoli & Palier, 1999) et se construisent non pas en fonction des finalités mais à travers la conjugaison de facteurs structurels. Dès lors, à travers ses analyses sur les politiques sociales dans les États occidentaux, l'auteur montre que selon le degré de *démarchandisation*, la mobilisation de la classe ouvrière, le rôle de l'État dans la protection des populations et la stratification sociale, il existe différents régimes d'État-providence et partant, différents systèmes de protection sociale (Dumont, 1998). Il propose une typologie dans laquelle on retrouve trois régimes sociaux à savoir : le régime libéral, le régime social-démocrate et le régime corporatiste.

-Le régime libéral ou résiduel, très présent dans les pays anglo-saxons, se caractérise par l'importance de la place accordée au marché et la faible présence de l'État-providence. C'est un régime dans lequel « l'assistance fondée sur l'évaluation des besoins, les transferts universels et les plans d'assurance sociale modestes prédominent. Les indemnités sont attribuées principalement aux bas revenus »⁹. La couverture sociale publique est considérée comme de l'assistance et les bénéficiaires, souvent pauvres, sont fortement stigmatisés, dévalorisés.

-Le régime social-démocrate est le propre des États scandinaves. Il se caractérise par l'universalisme et l'égalitarisme. Dans ce modèle, « toutes les classes sont incorporées dans un système universel d'assurance sociale »¹⁰. Ainsi, le régime rend possible le travail rémunéré des femmes et des personnes âgées qui peuvent choisir entre une retraite partielle, une formation et un travail à temps partiel. Dans ce régime, les politiques sociales le plus souvent institutionnalisées sont très protectrices et l'État sous l'influence des syndicats, garantit leur pérennité.

-Le régime corporatiste ou conservateur est celui qu'on retrouve le plus souvent dans les pays d'Europe continentale. Il se construit autour du travail salarial et repose sur les assurances sociales. C'est un régime exclusif construit pour les travailleurs de statut socio-professionnel stable qui décourage le travail des femmes (par les prestations familiales) et des personnes âgées (les seniors).

Une telle classification des États-providence n'est pas nouvelle. Elle s'inscrit dans le sillage des travaux de Richard Titmuss, de Stephens (1979), de Korpi (1983).

⁹ Gosta Esping-Andersen. Op. Cit., p. 41.

¹⁰ Ibidem, p. 42.

Cependant, elle permet non seulement de mieux comprendre les systèmes de protection sociale des États d'Europe occidentale et d'Amérique du nord mais aussi de proposer des analyses à partir de l'articulation État-marché-famille pour les autres continents.

Par ailleurs, comme toute typologie cette classification ne manque pas de poser quelques problèmes (Merrien, 2002).

D'abord, elle comporte un caractère exclusif. En effet, la typologie est temporelle et donc n'est valable que pour une durée limitée et pour une zone précise. La situation sociale peut se modifier à tout moment à l'occasion d'une crise ou d'un changement de gouvernement ou de politique. De même, la classification est réductrice, elle exclut souvent des éléments importants qui pourraient éclairer l'analyse et la compréhension d'un phénomène. Par exemple, Gosta Esping-Andersen n'accorde que très peu de place à l'assurance maladie dans son analyse alors que celle-ci occupe une place importante dans les régimes de sécurité sociale. Enfin, les critères sur lesquels repose cette classification sont inadaptés pour certains pays d'Europe du Sud (Ferrera, 1996). En effet, dans ces États la famille joue un rôle central dans tous les domaines de la protection sociale, en particulier dans la production et la distribution de revenus et de services (Moreno, 2006).

De même, certains pays du Tiers-monde (notamment en Amérique latine, en Asie et en Afrique) sont caractérisés par des phénomènes tels que l'iniquité sociale, le clientélisme, l'idéologie nationaliste et le familialisme (Segura-Ubiergo, 2007; Sène & Ozer, 2002) qui rendent difficile leur intégration dans des typologies préétablies.

En Afrique, l'État social est très complexe et les différents critères utilisés par les auteurs n'expriment ni la réalité de l'État ni celle de la société. Il est difficile d'intégrer la plupart des régimes de protection sociale africains dans un même système. Ils sont à la fois, paternalistes, résiduels, clientélistes et corporatistes. De plus, comme dans de nombreux pays du Sud, une partie de la population est exclue du marché formel du travail à cause de la rareté de l'emploi et la grande masse exerce dans l'économie informelle.

Par ailleurs, les systèmes de protection sociale sont résiduels car la protection assurée est faible, non par choix mais du fait que les sociétés africaines ne sont ni riches ni industrialisées, même si elles sont ouvertes au marché et à la mondialisation (Lumumba-Kasongo, 2006). De plus en Afrique, les citoyens ne vivent pas obligatoirement de la vente de leur force de travail ; la solidarité est très effective dans de nombreuses sociétés malgré l'influence de l'individualisme (Vidal, 1994).

Le critère de *démarchandisation* ne saurait donc être pertinent pour ce continent. D'ailleurs, pour Gosta Esping-Andersen, même à l'apogée du marché absolu, la pure marchandisation du travail n'a jamais vraiment existé dans les sociétés industrialisées en raison de la persistance de résidus communautaires précapitalistes et de l'émergence de nouveaux mécanismes de protection des citoyens. C'est pour cela que certaines analyses suggèrent que le critère de *démarchandisation* soit complété par celui d'autonomisation (familiale, professionnelle) et de genre (Sainsbury, 1994).

Les recherches féministes vont rétablir par exemple la place de la famille dans les régimes d'État-providence, à travers la mise en évidence de l'importance du travail féminin dans la sphère familiale. Ainsi, pour de nombreuses féministes, l'État-providence est un agent du patriarcat (Delphy, 1984), une construction masculine (Gautier & Heinen, 1993) élaborée par les hommes et pour les hommes. De même, le concept de *commodification* a un caractère discriminant en tant qu'il est marqué par le cycle de vie masculin, largement structuré autour du marché du travail (Daly, 1994). Or les femmes ne sont pas ou n'ont jamais été « marchandisées », c'est-à-dire entièrement intégrées dans le marché du travail. Elles se sont toujours occupées des travaux domestiques gratuitement (Morice, 1987) et participent au bien-être (*welfare*) familial tandis que les hommes sont chargés d'apporter le « pain quotidien » (*breadwinner*). Ce qui fait dire à Elisabeth Badinter que la femme est souvent sous la « tyrannie de la maternité » (Badinter, 2010) soumise à une forte surcharge de travail domestique et professionnelle (Nicole-Drancourt, 2009) et à une pauvreté considérable. Pourtant, la femme a contribué à la grande transformation de la société, non seulement par sa force de travail, mais aussi par différentes luttes sociales (Fraser, 2010). Donc, pour plus d'équité et de démocratie, il est impératif, comme le suggère Ann Orloff, de les intégrer sur le marché du travail (travail salarié rémunéré) avant d'aborder la question de la *démarchandisation* (Orloff, 1993). Car, cette *sur occupation* domestique est un obstacle majeur à l'égalité, à la liberté (Gautier A. , 2012) et à l'accession des femmes à une pleine citoyenneté. De fait, il faut décharger les femmes du « fardeau familial » pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle de citoyenne active et d'actrice économique et professionnelle de premier ordre (Commaille, 2001). Cette autonomie par rapport au lien conjugal constitue ce qu'on peut appeler la *défamilialisation* c'est-à-dire « le degré auquel des individus adultes peuvent maintenir un niveau de vie socialement acceptable, indépendamment des relations familiales, que ce soit par le biais du travail rémunéré ou de prestations de protection sociale » (Lister, 1994 , p. 37).

Le concept de *défamilialisation* présente l'avantage de définir les conditions objectives d'une indépendance vis-à-vis des liens conjugaux, tout en évitant les débats normatifs sur ce qui est « bon » pour les femmes (Lewis, 1997). Toutefois, la *défamilialisation* ne signifie pas la volonté des femmes d'abandonner ou de se débarrasser de leurs familles, mais le fait de leur accorder la possibilité matérielle de s'émanciper, si bien que, lorsque les femmes restent dans la relation de couple ou assument le travail de « *care* » dans la famille (Dang & Letablier, 2009), c'est par choix et non par contrainte.

Toutefois, leur absence dans les foyers peut créer des dysfonctionnements pour ce qui concerne la structuration des familles (divorce, famille monoparentale, famille recomposée), l'éducation (abandon et échec scolaire) et l'entretien des enfants (maladie, déviance) (Lefaucheur, 1992). Même si certains spécialistes considèrent plutôt que les problèmes dans les couples sont à chercher dans les contradictions qui structurent les identités modernes des hommes et des femmes (Illouz, 2012).

Gosta Esping-Andersen reconnaît l'importance de prendre en compte la famille et le travail « domestique » dans l'analyse des sociétés postindustrielles (Esping-Andersen & Palier, 2008), mais il ne voit ni les relations de pouvoir existant à l'intérieur de la famille ni a fortiori la nécessité de raisonner en termes d'autonomie de l'individu. Or l'accès au marché du travail conditionne la capacité des mères à entretenir un foyer de façon autonome, sans être obligées de dépendre d'un mari pour accéder à un revenu ou à des privilèges sociaux.

Aujourd'hui, la différence entre les régimes de protection sociale n'est pas tant la participation des femmes au marché du travail en soi mais la forme que prend cette participation. Les femmes peinent à trouver une bonne place dans le marché de l'emploi en occident (Maruani, 2011) et en Afrique (Lachaud J.-P. , 1997) car « l'environnement masculin est fréquemment hostile à l'arrivée des femmes » (Guichard-Claudic, Kergoat, & Vilbrod, 2008, p. 17) même si le métier n'est plus forcément lié au genre puisque les professions masculines se féminisent et vice-versa. Actuellement, certains domaines jadis très « sexués » s'ouvrent à tous. D'un côté, on trouve des femmes pompiers ou médecins, ingénieures ou cadres d'entreprise, agricultrices (Rieu, 2008), architectes (Lapeyre, 2008), universitaires, conductrices de bus et de camions (Rodrigues, 2008), peintres en bâtiment ou carreleuses (Gallioz, 2008). De l'autre côté, on note la présence d'hommes sages-femmes (Charrier, 2008) ou caissiers, infirmiers (Douguet & Vilbrod, 2008), assistants sociaux (Bessin, 2008) ou instituteurs en école maternelle (Jaboin, 2008). Il y a une mixité dans les métiers et les professions.

Toutefois, cette mixité n'empêche pas la différenciation et l'inégalité. « S'occuper des tous petits, panser et toiletter des personnes très âgées restent des travaux connotés féminins et les hommes qui s'intègrent dans ces métiers interprètent le plus souvent leur partition-ou sont conduits à le faire d'une façon qui respecte les deux principes sur lesquels repose le rapport social de sexe : le principe de différenciation d'une part, celui de la hiérarchie d'autre part »¹¹. Ainsi, « Le fait que les femmes s'affranchissent des conventions et imposent leur présence dans des « métiers d'hommes » ne suffit pas pour mettre sérieusement à mal l'ordre ordinaire des fondements de la domination hiérarchique, des rituels entendus, de la virilité qui s'y exprime »¹².

Par ailleurs, le concept de *défamilialisation* n'est pas pertinent en Afrique car la famille reste une unité assez forte qui continue à jouer son rôle d'intégration et de cohésion sociale. De même, les réseaux sociaux sont très importants dans les sociétés africaines. Ils permettent aux individus de résister à la précarité sociale et économique.

En somme, l'approche de la protection par l'État-providence est éclairante pour resituer notre problématique. En effet, si les régimes de protection sociale diffèrent dans leurs structurations et leurs stratégies, leurs finalités restent souvent identiques. Il s'agit de protéger des individus exposés aux risques liés au travail, à l'âge, à la situation familiale ou à la santé. Ainsi, toute approche ou étude qui met en relation ces trois éléments peut apporter une connaissance approfondie de la protection sociale dans ses dimensions politique, économique et social.

I-1-5-La protection sociale en Afrique : au-delà des descriptions des régimes classiques, pour un modèle africain

La situation est fort différente en Afrique par rapport aux autres continents. L'État en Afrique subsaharienne n'a jamais été un Etat-providence « au sens où l'on entend généralement une situation dans laquelle la population se voit garantir une série plus ou moins étendue de biens et de services à travers des politiques publiques de redistribution¹³ » (Quantin, 1994, p. 24) même si dès le lendemain des indépendances, certains pays (Sénégal, Guinée, Ghana, Mali, Bénin, Tanzanie) ont essayé de mettre en pratique des politiques d'inspiration socialiste (Charles, 1965) avec une intervention de l'État dans de nombreux secteurs.

¹¹ Ibid. p.14

¹² Ibid. p.14

¹³ Une exception peut être faite pour l'Afrique du Sud où des politiques de protection sociale favorables aux populations d'origine européenne ont été élaborées dans les années d'apartheid.

De nos jours, la plupart des pays africains n'ont pas encore un système de protection sociale bien structuré, fonctionnel et totalement protecteur même si on note de plus en plus dans les discours des autorités publiques une volonté d'activation de la protection sociale au sens de « représentations nouvelles et de discours nouveaux sur les systèmes de protection sociale » (Barbier, 2006, p. 14). De plus, depuis les années 1980 avec la rigueur imposée par les institutions de Bretton Woods, l'État a réduit considérablement son soutien, procédé à une privatisation des entreprises nationales (Sanni Yaya, 2007) et une restructuration de l'administration publique dans la plus part des pays africains.

Aujourd'hui, l'État africain est un État de type minimaliste qui se désengage des grands investissements au profit du privé et des partenaires. En conséquence, la plupart des pays n'assurent même pas une politique sanitaire satisfaisante (Gautier 2012) et la couverture sociale est assez faible.

Par ailleurs, la protection sociale institutionnalisée comme en Europe perd de la valeur dans une société africaine en quête de relations humaines et où « la solidarité demeure la force prédominante de cohésion sociale » (Lachaud J. P., 1995 , p. 280).

A Dakar, la solidarité reste encore un fait social d'une grande importance. Les individus s'entraident en cas de besoins, dans les moments de difficultés (Fall A. S., 2008) et dans les stratégies de survie et d'insertion. La solidarité dans la société sénégalaise se matérialise sous les formes : domestique ou familiale, résidentielle, professionnelle, communautaire.

Toutefois, comme dans certaines sociétés africaines, au Sénégal, on assiste de plus en plus à un relâchement des liens familiaux et à un effritement des solidarités sous la pression de la crise économique et des changements de mentalité (Vignikin, 2007). Ainsi, la question qui se pose est de savoir si la solidarité est encore une valeur, une vertu dans la société sénégalaise. Car, lorsqu'elle est effective, contrairement aux systèmes de protection sociale dits modernes, elle permet de maintenir et de renforcer la cohésion sociale (Baumann, 2010).

En définitive, l'analyse de la protection sociale sous le prisme des relations impliquant l'État-providence, le marché et la famille est très enrichissante. Cependant, elle comporte quelques limites pour cerner toute la complexité de la protection sociale dans les sociétés africaines. Depuis environ un demi-siècle, la plupart des pays africains ont des difficultés à mettre en place un système efficace de protection sociale (Olayiwola, 1995). Ils sont obligés par différents facteurs (économiques, politiques, démographiques, sociaux) de limiter la couverture sociale à des catégories spécifiques,

comme les fonctionnaires, et souvent dans les centres urbains. En Afrique subsaharienne, les politiques sociales sont souvent l'objet de manipulations et d'influences de la part d'individus ou de groupes d'intérêts divers et se caractérisent par de nombreuses inégalités. Avec la faiblesse de la croissance économique, les difficultés financières, la mal gouvernance et l'intensification de la demande, les assurés ne bénéficient pas d'une protection optimale puisque les régimes de sécurité sociale sont essentiellement structurés autour de la notion de risque social (Bourdon, Lebel, & Magnie, 2002).

Pourtant, pour de nombreux Africains, l'État doit s'investir au maximum à travers des politiques sociales efficaces et pérennes.

Par ailleurs, les théoriciens de la redistribution, de l'équité ou de la justice sociale (Richard Arneson, Amartya Sen, John Rawls), ne font ni une analyse systématique de l'État-providence ni de la protection sociale. Ces théories sont fortement marquées par des préoccupations morales, voire philosophiques. Or les enjeux et les défis majeurs en matière de protection et de sécurité conduisent les spécialistes à construire des schèmes de pensées « plus sociaux », c'est-à-dire plus généreux. Cet impératif est d'autant plus justifié que les systèmes de protection sociale ont pour but de soutenir les populations en leur permettant de vivre décemment, de se soigner, de se loger. Cependant, du fait de l'augmentation des risques et des difficultés financières des institutions, les régimes de protection sociale ont du mal à sécuriser totalement les citoyens. Pour autant, tout principe de protection sociale a pour but de dégager l'individu des pures lois du marché (démarchandisation), aussi bien en cherchant le plein emploi qu'en garantissant un revenu de substitution en cas de difficultés (Polanyi, 1983).

Aujourd'hui, la protection sociale est indissociable de l'État dans la mesure où les prérogatives et les fonctions de ce dernier se sont élargies, renforcées et les risques ont évolué.

En matière de protection sociale, la plupart des pays africains font face à des défis très importants : élargissement de la couverture sociale au secteur informel et aux plus démunis, financement et indépendance des régimes, viabilité et efficacité de toutes les stratégies nationales. Ces défis sont autant d'obstacles à franchir pour les régimes africains de prévoyance sociale (Carrin G. , 2001).

Cependant, le grand problème pour ces pays en matière de protection sociale est souvent l'adoption de systèmes créés pour les pays occidentaux, lesquels ont des réalités sociales, économiques, culturelles et démographiques différentes¹⁴.

Le Bureau International du Travail (BIT) constate qu'« il n'y a pas, en matière de sécurité sociale, de modèle unique exemplaire (...). Il incombe à chaque société de déterminer la meilleure manière d'assurer la sécurité du revenu et l'accès aux soins de santé » (BIT, 2001, p. 2).

Cette affirmation soulève la question de savoir s'il est véritablement pertinent, voire bénéfique, pour les pays africains de reproduire les modèles sociaux des pays développés car les réalités du continent sont différentes de celles de l'occident (Olivier, 2005).

De plus, les capacités managériales et financières des pays africains ne correspondent pas à l'ampleur de la demande de leurs propres populations en matière de protection sociale.

Un modèle africain doit prendre en compte les réalités que sont : les cultures et les croyances, la jeunesse de la population, la pauvreté, la faiblesse du salariat, les situations du secteur informel et du monde rural.

Le grand défi pour le continent serait de se différencier des modèles occidentaux puisque les systèmes de sécurité sociale en Afrique sont en grande partie issus des grands modèles classiques (allemands, anglais, français) (Merrien, 2013), même si la plupart des régimes de protection sociale africains ont réussi à partir de l'héritage colonial, à bâtir et à consolider des systèmes sociaux spécifiques (Erinosho, 1994). Toutefois, comme l'écrit François-Xavier Merrien, la réalisation de politiques de protection sociale dans les pays du Sud pose souvent de problèmes, notamment en ce qui concerne leur appropriation, leur conception et leur raison ultime¹⁵.

Au Sénégal, comme dans de nombreux pays africains, la sécurité sociale est essentiellement un système urbain construit autour du rapport salarial. Le régime sénégalais de sécurité sociale est de type corporatiste mais résiduel. La sécurité sociale et les avantages sociaux sont acquis à travers l'emploi, et la gestion du système revient à l'État et aux partenaires sociaux par le biais de la Caisse de Sécurité Sociale (CSS),

¹⁴ La plupart des pays du sud ont bâti leur système de protection sociale en référence aux recommandations du Organisation Internationale du Travail (OIT) qui à travers la Convention n° 102 de 1952 définit les neuf domaines de la sécurité sociale : l'accès aux soins de santé, l'assurance maladie, le chômage, la retraite, les accidents du travail, les allocations familiales, l'assurance maternité, l'assurance invalidité et les pensions de survivants.

¹⁵ Ibid.

l'Institut de Prévoyance Retraite (IPRES) et les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM). La majorité de la population rurale et du secteur de la petite production marchande et des services est exclue du système malgré quelques initiatives expérimentées ces dernières années dans le transport, l'artisanat, les métiers de l'art et les autres activités rurales (Lo & Fontan, 2006).

Dès lors, nous devons nous interroger sur la pertinence et l'efficacité du système de protection sociale sénégalais. La question qui se pose est : comment la grande majorité des travailleurs arrive-t-elle à prendre soin de sa santé et celle de leurs familles en l'absence d'une protection sociale ?

Cette question s'impose d'autant plus qu'au Sénégal, les ménages sont de grande taille (en moyenne neuf personnes et plus d'un ménage sur trois (37%) compte dix personnes ou plus). En outre, le taux de dépendance économique est de 2,7 ; ce qui signifie qu'une personne active « occupée » a en charge près de trois personnes « inoccupées » ou plus clairement 100 personnes actives « occupées » ont à leur charge 270 individus. (Ansd, mai 2013).

Malgré cette charge familiale, le véritable problème concerne l'accès aux soins et au système de protection sociale mais aussi l'équité entre les individus par rapport à l'offre et aux prestations socio-sanitaires. La couverture sociale est souvent le privilège d'une élite ou d'une catégorie socio-professionnelle bien définie qui représente moins de 20% de la population. Dès lors, nous pouvons nous demander si les structures de protection sociale sénégalaise répondent réellement aux besoins de prise en charge médicale et sociale des travailleurs. Dans le cas où elles ne satisfont pas réellement les demandes sociales, nous allons identifier les dysfonctionnements et montrer toutes les limites du modèle sénégalais de protection sociale. Ce diagnostic va se faire à travers l'étude des risques, des besoins de santé et l'assurance maladie chez les ouvriers du bâtiment à Dakar. Car, il faut noter que l'ouvrier du bâtiment sénégalais est un travailleur dont le revenu est souvent faible et qui ne tient pas compte de la pénibilité du métier. En cas de maladie ou d'accident de travail, un ouvrier sans assurance éprouve des difficultés à prendre soin de sa santé et celle de sa famille. En conséquence, les frais de soins peuvent déséquilibrer le budget personnel ou celui du ménage, voire réduire son niveau de vie. Dès lors, on peut s'interroger sur les stratégies des ouvriers et la place de la famille dans le contexte actuel de la protection sociale au Sénégal.

Toutes ces interrogations constituent notre problématique de recherche et seront le fil conducteur de ce travail.

I-2-Objectifs de recherche

Nous entendons cerner la complexité de la protection sociale au Sénégal, en nous fixant un certain nombre d'objectifs qui vont guider notre analyse tout au long de cette recherche portant sur la protection sociale des ouvriers du bâtiment à Dakar.

I-2-1-Objectif général

L'objectif principal de notre travail est de préciser dans quelle mesure la protection sociale au Sénégal assure les travailleurs du bâtiment contre les risques élevés qu'ils subissent, soit en amont par des politiques et mesures de prévention, soit en aval par la prise en charge des frais de santé et arrêts de travail.

I-2-2- Objectifs spécifiques

L'objectif de cette étude peut être appréhendé à travers un ensemble de sous-points ou objectifs spécifiques qui donnent un aperçu plus détaillé de notre démarche. Plus particulièrement, il s'agit d'un côté, d'analyser la prise en charge de la santé (besoins de soins, frais de santé, nature des prestations, parcours de soins) chez les ouvriers du bâtiment et lorsque celle-ci est faible de se demander quelle est la responsabilité et le rôle de chaque acteur :

- L'État par une politique peu cohérente dès la conception du modèle de protection sociale ou par la faiblesse des moyens humains, financiers et techniques consacrés au système;
- Les employeurs, notamment les petits, qui adoptent souvent pour des raisons économiques une stratégie particulière en ce qui concerne la sécurité sociale de leurs travailleurs et ne leur accordent pas des moyens de protection suffisants.
- Les travailleurs par des stratégies et des comportements qui les exposent à des risques élevés dans leur métier. Certains auteurs évoquent une faible culture du risque (Omnès & Pitti, 2009), (Omnès, 2009), (Peretti-Watel, 2001), (Giddens, 1994) et peut-être un certain fatalisme face au risque (Beltran, 2007) qui conduit les individus à peu utiliser les moyens de protection mis à leur disposition ou à préférer recourir à des traitements non pris en charge.

De l'autre côté, on se demande notamment s'il y a eu défamilialisation à Dakar ou si l'importance de la solidarité familiale remplace facilement celle de l'Etat en ce qui concerne la prise en charge de la santé.

I-3-Hypothèses de recherche

Analyser le modèle sénégalais de protection sociale sous le prisme de l'assurance maladie des travailleurs du bâtiment conduit à poser un certain nombre d'hypothèses dont la pertinence et la véracité seront mises à l'épreuve à travers l'enquête de terrain.

Pour cette étude, les hypothèses sont bâties autour du risque santé et de sa prise en charge chez les ouvriers du bâtiment à Dakar. Elles sont construites à partir, d'observations, d'analyses et d'échanges avec les acteurs la protection sociale au Sénégal. C'est donc la familiarité avec le thème et le terrain de recherche qui a permis d'élaborer en amont les hypothèses suivantes :

- 1- Le système sénégalais de protection sociale de par sa conception, sa structuration et son fonctionnement, permet de prendre totalement en charge les frais de santé de l'ouvrier et de sa famille en cas de maladie ou d'accidents ;
- 2- Au regard des risques élevés d'accidents et de maladies dans le métier, tous les travailleurs du bâtiment à Dakar sont couverts par une assurance santé ;
- 3- La souscription à une assurance permet de réduire les dépenses dans le ménage des ouvriers;
- 4- A cause de la faiblesse de leurs revenus, les ouvriers du bâtiment ont recours à leurs réseaux de solidarité pour payer les frais personnels de santé ainsi que ceux du ménage.

Notre investigation, à la fois qualitative (analyse documentaire et institutionnelle, observations, entretiens) et quantitative (enquête par questionnaire), devrait permettre d'invalidier certaines de ces hypothèses et de préciser la part relative des autres.

I-4- Contexte et intérêt du sujet

Le choix de ce sujet se justifie par les multiples intérêts qu'il suscite tant au niveau des travailleurs et des autorités sénégalaises qu'au niveau de la recherche scientifique.

-Premièrement, c'est un sujet d'actualité au Sénégal, même si de manière générale les protections sociales dans les pays du sud, ainsi que leurs réformes, ne déclenchent pas encore les passions qu'elles suscitent dans les pays du Nord, du fait notamment qu'elles ne concernent qu'une petite minorité, ceux qui disposent d'un emploi dit formel ou moderne (Baumann, 2010, p. 1).

Néanmoins, la protection sociale intéresse les Sénégalais (les acteurs politiques, les travailleurs et leurs familles, les organisations de la société civile, les sociétés d'assurance, les structures de santé) parce que d'une part, les Sénégalais paraissent de plus en plus sensibilisés aux questions de risques liés aux aléas de la vie et d'autre part, les grandes entreprises, semblent, reconnaître les avantages que peut procurer une main d'œuvre couverte en cas de maladie ou d'accident de travail¹⁶.

Depuis 2006, le gouvernement du Sénégal est en train d'exécuter une Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) dont l'objectif est d'atteindre la couverture universelle à l'horizon 2015. Cette stratégie qui représente le volet n°3 du Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP) est axée sur l'extension de la sécurité sociale, l'amélioration de l'accès aux infrastructures sociales de base, la protection des groupes vulnérables et la gestion des risques et catastrophes naturelles. En fait, les autorités sénégalaises tentent de procéder à une activation de la protection sociale avec comme objectifs une couverture maladie universelle (CMU) et une mise en place de prestations pour les ménages vulnérables (bourses familiales).

Le nouveau régime sénégalais de protection sociale se veut novateur, accessible et universel dans la mesure où les pouvoirs publics cherchent d'une part, à intégrer le secteur de la petite production marchande appelé secteur non structuré ou secteur informel dans le régime de sécurité sociale et d'autre part, à réaliser la couverture universelle dans un délai de 10 ans. En fait, la question de la couverture sociale des acteurs de l'informel se pose depuis les années 1990 en ce sens que ce secteur est devenu un levier de croissance économique très important.

¹⁶ Ibid. p. 1-2.

A titre d'exemple, « entre 1995 et 2004, les activités de type formel ont contribué à la création d'emplois en raison de 3%, les activités de type informel en raison de 97% » (Banque mondiale, 2007, p. 28).

En 2003, rien que le secteur informel de Dakar a produit pour 508,8 milliards de FCFA (775 651 140 euros) de biens et services et a créé 356,3 milliards de FCFA (543 176 676 euros) de valeur ajoutée pour 820,2 milliards de FCFA (125 0371 590 euros) de chiffres d'affaires (Dps, 2003).

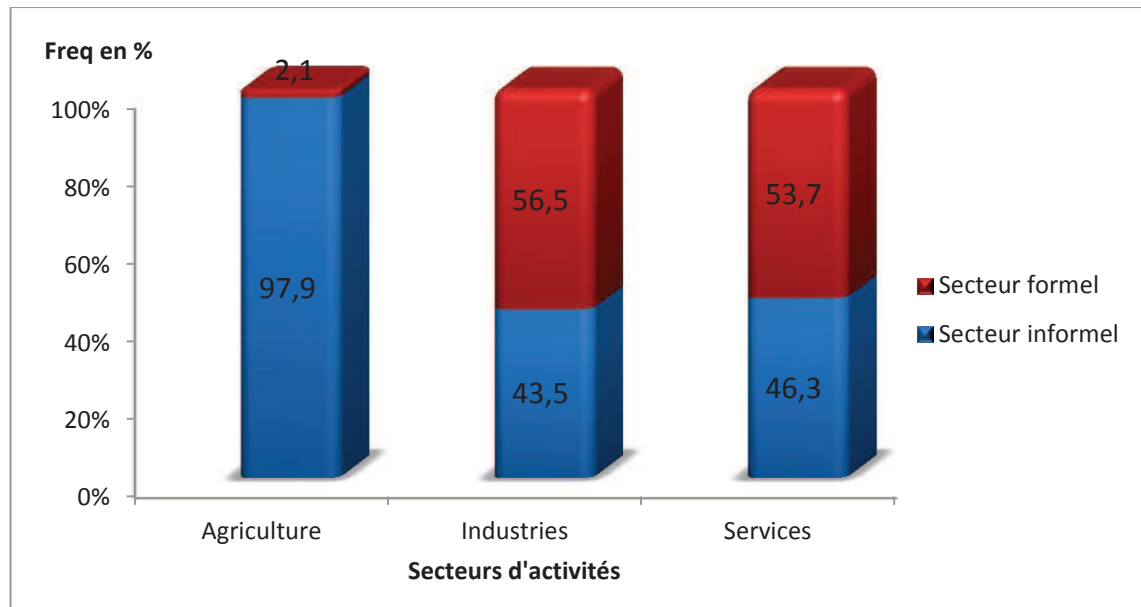
Tableau 1 : Chiffre d'affaire, production et valeur ajoutée du secteur informel (données annuelles en milliards de FCFA)

BRANCHES	CHIFFRES D'AFFAIRES	PRODUCTION	VALEUR AJOUTEE
Industries	199,3	196,4	134,5
Commerce	456,1	157,4	129,9
Services	145,2	135,4	77,7
Pêche	19,6	19,6	14,2
TOTAL	820,2	508,8	356,3

Source : DPS, Enquête 1, 2,3 ; 2003, phase 2, DPS

Entre 2005 et 2009, les activités de la petite production marchande et artisanale ont représenté 46% de la valeur ajoutée dans les services et 43,5% dans les industries, comme le montre le graphique suivant.

Graphique 1 : Contribution des secteurs formel et informel sénégalais à la valeur ajoutée totale moyenne de 2005 à 2009



Source : Rapport National sur la Compétitivité du Sénégal (RNCS) 2011

Actuellement, ce secteur d'activités est encore en plein essor ; il est le refuge de la plupart des actifs qui ne peuvent intégrer le système privé moderne ou l'administration publique pour de multiples raisons. Seulement, le secteur non structuré est par nature un domaine complexe très difficile à maîtriser, à organiser ou à contrôler. Il est connu pour l'évasion fiscale qu'il favorise et la qualité de l'emploi (Barbier, 2008) qu'on y trouve. Les artisans, les petits commerçants, les transporteurs routiers et les ouvriers du bâtiment exercent leurs métiers en dehors de tout cadre juridique, social et fiscal clairement défini. Leurs activités « ne sont pas soumises à l'État et à son contrôle, elles sont *outlaw*, et échappent au fisc, aux patentes, aux recensements statistiques et aux réglementations » (Hugon, 1980 , p. 42).

Toutefois, les métiers de l'informel ne s'exercent pas dans la clandestinité absolue, comme certaines activités illicites telles que la drogue, la contrefaçon ou la contrebande. En fait, la différence entre les secteurs formel et informel n'est pas une différence de légalité, mais une différence de culture (Mckenzie, 1989). Ainsi, le secteur formel sénégalais est moderne, occidental tandis que le secteur informel est traditionnel et africain.

Le secteur informel apparaît non comme une économie souterraine mais comme une composante de l'économie qui contribue très significativement à la production des richesses et des biens nationaux. De plus, ce secteur permet aux personnes et catégories exclues du secteur moderne de trouver un emploi et d'exercer une activité pour survivre.

En revanche, le secteur de la petite production marchande est un monde « désorganisé » dans lequel il est difficile d'appliquer une politique sociale en raison de l'hétérogénéité du secteur, de la nature des activités mais aussi de la résistance des acteurs (travailleurs et employeurs) à toute forme d'organisation et de contrôle public (Lautier, Miras, & Morice, 1991). Les personnes qui s'y trouvent exercent sans aucune assurance maladie. Le système de prévoyance santé créé pour tous les travailleurs du privé n'a pu intégrer les travailleurs de ce secteur parce que ces derniers sont souvent des indépendants ou des employés qui ne sont pas dans des entreprises formelles inscrites dans le registre de la chambre de commerce (Dijk, 1986). Or la couverture maladie telle que prévue par la loi de 1975¹⁷ est fondée sur l'emploi moderne avec une grande responsabilité des entreprises en matière de financement et d'organisation.

Ces dernières années, les pouvoirs publics en collaboration avec les partenaires sociaux et les institutions sociales, notamment la Caisse de Sécurité Sociale, ont tenté d'étendre la sécurité sociale dans le secteur non structuré de Dakar. L'expérience, qui a porté sur les artisans, les transporteurs routiers et les artistes, visait à offrir une couverture maladie et des prestations sociales aux catégories ciblées. Cependant, du fait de l'hétérogénéité du secteur, de la faiblesse et de l'irrégularité des revenus, de la nature des entreprises, du manque de la culture d'assurance et du caractère volontaire de l'inscription, cette initiative n'a pas pu s'étendre à l'ensemble des secteurs de l'économie populaire¹⁸. En fait, il est très difficile de motiver les acteurs du secteur de la petite production marchande pour s'assurer auprès de la Caisse de Sécurité Sociale à cause de la fiscalité (impôts sur la société et cotisations sociales) qu'ils seront obligés de s'acquitter. Il faut donc trouver d'autres moyens de protection comme les mutuelles de santé pour étendre l'assurance santé dans ce secteur (Fall C. , 2003) ou d'autres innovations plus efficaces, plus durables et moins coûteuses (Van Ginneken, 2002).

¹⁷ Loi n° 75-50 du 3 avril 1975 relative aux Institutions de Prévoyance Sociale au Sénégal.

¹⁸ Selon les données de la caisse de sécurité sociale, entre fin mai 1996 et le 31 juillet 2000, il n'y a eu que 1 898 assurés volontaires qui ont été effectivement immatriculés.

Car, ignorer ce secteur c'est laisser une part importante de l'économie et de la société sénégalaise sans aucune protection ou sécurité contre les risques majeurs que sont la santé, la vieillesse ou la famille. En revanche, l'intégration des populations de ce secteur dans le régime de protection sociale permet de réduire les inégalités en la matière et d'atteindre à long terme (horizon 2015) les objectifs nationaux (Stratégie Nationale de la Protection Sociale) et internationaux (Objectifs du Millénaire pour le Développement) en matière de protection sociale.

-Deuxièmement, en Afrique la protection sociale peut être un moyen de lutte contre les difficultés économiques et de réduction des inégalités (Dussault, Fournier, & Letourmy, 2006) par l'importance des sommes qu'elle prélève et distribue d'une part, et par l'entretien de la force de travail moteur de la croissance grâce à l'assurance maladie, d'autre part. Dans ce cadre, la sécurité sociale apparaît comme susceptible d'agir sur des éléments fondamentaux de tout développement, à savoir l'accroissement quantitatif et qualitatif des forces productives, la transformation des structures de production, l'élévation du niveau de satisfaction des besoins (Euzeby, 1977). Ainsi, en garantissant la santé aux travailleurs, les régimes de sécurité sociale mettent à la disposition du système un outil indispensable à la croissance et au développement car l'assurance maladie permet de protéger contre les risques financiers dus à la maladie. En fait, « en fournissant une assurance sociale qui couvre la vieillesse, le chômage, la maladie, l'invalidité, l'incapacité, la maternité ou la perte du soutien familial, elle fait en sorte que les travailleurs et leurs familles conservent un niveau de revenu décent » (Van Ginneken, 2005). Donc, « la protection sociale peut être envisagée non plus comme une dépense, mais comme une manière de renforcer le capital social et humain. Dès lors, elle devient rapidement un des éléments-clés des politiques de développement ». (Merrien, 2013). D'ailleurs, « la protection sociale et les produits assurantiels comptent désormais parmi les priorités majeures pour le développement des pays du Sud » (Baumann, 2005, p. 1). Certaines institutions internationales comme la Banque Mondiale estiment que « sans des mécanismes de protection sociale appropriés, les objectifs du millénaire de 2015 ne pourront être atteints » (World Bank, 2003, p. 3).

De nombreuses études ont démontré le lien pouvant exister entre la pauvreté et la santé. Les différentes analyses montrent que les conditions matérielles (habitation, habillement, nourriture) ont une influence sur les comportements liés à la santé (prévention, traitements, soins) et à l'éducation.

De même, on observe une inégalité sociale de la santé (Leclerc & al., 2000) liée au statut socio-économique des individus (Lynch & al, 2004). Certaines personnes disposant de faibles revenus ont parfois une santé fragile et peuvent éprouver des difficultés à accéder aux structures de soins et aux médicaments.

Selon l'Organisation Internationale du Travail (OIT) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les problèmes de santé appauvrissent des millions de personnes chaque année dans le monde : soit parce que ces personnes ne peuvent avoir accès aux soins, soit parce que les paiements directs de ces soins entraînent les ménages dans des difficultés et réduisent leur capacité de travail¹⁹.

Au Sénégal par exemple, malgré les problèmes socio-économiques, les ménages dépensent beaucoup en matière de soins. En 2005, l'étude générale sur la situation sanitaire du pays montre que les ménages investissent environ 84 millions de FCFA (soit environ 128 000 euros) dans les structures sanitaires pour s'occuper de leur santé (MSPHP, 2005). La majeure partie des dépenses des ménages (69%) sont orientées vers le privé contre 30% au niveau des structures sanitaires publiques comme on peut l'observer dans le tableau 2 ci-après.

Tableau 2 : Part des versements directs des ménages dans le privé et le public (en millions de FCFA)

Secteurs	Prestataire	Montant	Part en %
Secteur Public	Hôpitaux publics	17 191,17	30%
	Centres de santé publics	3 957,85	
	Centres ambulatoires des autres ministères	564,112	
	Postes de santé	3 501,41	
Secteur privé à but non lucratif	Hôpital à but non lucratif	415,857	1%
	Postes de santé catholiques	414,741	
Secteur privé à but lucratif	Cliniques privées	1 573,85	69%
	Cabinets privés de professionnels de santé	4 675,90	
	Laboratoires d'analyse et imagerie	5 391,26	
	Vente de médicaments	42 414,21	
	Tradi-praticiens	4 211,07	
	TOTAL	84 311,40	100%

Source : MSPHP / CAFSP (2005)

¹⁹ L'Organisation Mondiale de la Santé estime dans son *Rapport mondial sur la santé*, 2010 qu'environ 100 millions de personnes sont plongées chaque année dans la pauvreté en raison de dépenses de santé.

Ainsi, avec un fort investissement en matière de santé, les ménages sénégalais participent à leur propre appauvrissement. Or une éventuelle prise en charge de leur santé ainsi que de leur retraite par l'État ou par une assurance quelconque (privée, mutualiste, corporatiste) leur permettrait de mieux vivre et de faire face aux difficultés quotidiennes, car si l'on tient compte du niveau relativement faible d'utilisation des services de santé, les dépenses des ménages en santé concourent à leur appauvrissement.

-Troisièmement, les dispositifs formels de protection sociale basés sur la couverture d'agents de la fonction publique et de quelques autres salariés du privé contre les « risques couvrent moins de 15% de la population (...). Ainsi, une grande majorité de la population (secteur informel, secteur rural, journaliers et catégories sociales vulnérables) n'est pas couverte par ces dispositifs formels »²⁰ ; cela alors que certaines catégories de travailleurs comme les ouvriers exercent dans des conditions très dures sans un minimum de protection sociale alors qu'ils sont exposés de manière permanente à des risques très élevés qui peuvent attenter à leur intégrité physique ou morale (Cambois & al, 2009). Le plus souvent, ils ont recours aux réseaux de solidarité ou souscrivent à des systèmes volontaires d'assurance maladie (mutuelles de santé). Or une bonne organisation du régime de sécurité sociale permettrait à de nombreux travailleurs de bénéficier d'une couverture maladie individuelle.

Une recherche sur le système de protection sociale sénégalais permettra de mieux connaître les atouts et les limites du système afin de l'adapter aux exigences socio-économiques du pays et des besoins des populations.

I-5- Modèle d'analyse

Le modèle d'analyse est très important car il permet de montrer les différents domaines de la recherche à travers des concepts, des dimensions et des indicateurs. Il indique l'opérationnalité de l'étude pour laquelle le modèle est bâti et vise à rendre compte du réel (Van Campenhoudt & Quivy, 2011). Aussi, le modèle d'analyse représente le schéma de compréhension et constitue le fil conducteur qui permet de lier l'élaboration théorique et les résultats empiriques.

²⁰ République du Sénégal. *Document de stratégie pour la croissance et la réduction de la pauvreté 2006-2010*, octobre 2010, p. 18.

Pour cette thèse, le concept principal est celui de protection sociale. Il est construit grâce aux connaissances acquises lors de l'exploration (lectures, observation) et reste le fil conducteur par lequel nous essayons de comprendre la précarité sociale et sanitaire des ménages des travailleurs du bâtiment à Dakar.

Tableau 3 : Structure du modèle d'analyse²¹

CONCEPT	DIMENSIONS	COMPOSANTES	INDICATEURS
Protection sociale	Démographique	Fécondité Nuptialité	Nombre d'enfants Situation matrimoniale
	Economique	Consommation Revenus Epargne Coût la vie	Dépenses mensuelles Rémunération mensuelle Epargne mensuelle Prix des produits
	Sociale	Avantages sociaux Taux de couverture sociale Structures d'assurances sociales	Prestations sociales Nombre d'inscrits aux structures d'assurances sociales
	Juridique	Lois sur la prévoyance sociale	Code du travail Code de sécurité sociale
	Politique	Stratégie nationale de protection sociale (SNPS) Politiques sociales	Document sur la SNPS Les avantages sociaux Montant financement public de la protection sociale
	Sanitaire	Maladies et accidents	Taux de couverture santé Dépenses de santé Nombre d'accidents de travail et de maladies professionnelles Taux de prise en charge

²¹ Le tableau est construit selon la méthode proposée par Luc Van Campenhoudt, Raymond Quivy op. cit., p.123.

Le concept de protection sociale inclut les dimensions démographiques, politiques, économiques, sociales, juridiques et sanitaires. Ces dimensions peuvent être appréhendées à travers les composantes comme la fécondité, le revenu, les dépenses, la couverture sociale, l'état de santé... Ces derniers sont des variables intermédiaires qui contribuent à rendre compte de la complexité de la protection sociale.

Toutefois, elles ne permettent pas de mesurer le concept défini puisqu'elles sont encore complexes et nécessitent une décomposition en indicateurs ou unités de mesure.

Les indicateurs montrent la manifestation empirique des dimensions, des composantes et permettent d'observer les concepts et les variables dans la réalité (Van Campenhoudt & Quivy, 2011). Ce sont des éléments de recueil de l'information qui permettent de mesurer, quantifier le phénomène observé pour en donner des éléments d'analyse. Ainsi, en étudiant les caractéristiques sociodémographiques (âge, situation matrimoniale, nombre d'enfants), les situations économiques (revenus, dépenses, épargne), les textes législatifs (code du travail, code la sécurité sociale, loi sur la prévoyance sociale) et la couverture sociale (assurance santé, prestations, prise en charge) des ouvriers du bâtiment à Dakar, nous arriverons à mieux appréhender la protection sociale au Sénégal. En effet, la taille du ménage, les dépenses et les revenus permettent par exemple de mesurer les difficultés économiques, le taux de souscription à une assurance donne des informations sur la sécurité sociale dans le bâtiment et le taux de prise en charge renseigne sur le degré de protection des ouvriers.

CONCLUSION

En définitive, l'élaboration théorique a permis de construire notre problématique, notre cadre d'analyse et de déconstruire certains concepts liés au sujet. Une analyse approfondie a permis de revisiter les théories sur l'Etat-providence, la justice sociale, la protection sociale,... et leur pertinence dans le contexte africain. Le résultat suggère une précaution pour ce qui concerne les typologies et approches définissant les liens entre Etat-providence et protection sociale dans les pays du sud de façon générale et en Afrique plus particulièrement.

Dans le chapitre suivant, nous allons définir le cadre méthodologique de la recherche. Cette partie va permettre de mieux comprendre les stratégies, les méthodes et techniques utilisées pour recueillir et analyser les données. Car, l'objet et le milieu d'études sont assez spécifiques et nécessitent des accommodations scientifiques particulières. Le chapitre méthodologique permettra de mieux connaître le cadre physique d'étude et la population cible et d'expliquer par exemple la non pertinence des modèles occidentaux dans l'analyse de la protection sociale au Sénégal mais aussi la nature des données recueillies.

CHAPITRE II : CADRE METHODOLOGIQUE

Toute recherche ou étude qui se veut scientifique s'effectue selon une méthodologie bien définie. Ainsi, les chercheurs en sciences sociales utilisent des méthodes et des techniques spécifiques pour mener des recherches, élaborer des théories et valider des études empiriques ou les invalider. Toutefois, les méthodes et les techniques diffèrent selon la discipline, la spécialité, les objectifs de l'étude et les résultats attendus car « il n'existe pas une seule et même façon d'approcher la réalité ou d'en rendre compte, même dans le travail dit scientifique » (Aktouf, 1987, p. 18).

Le présent chapitre indique la manière dont la recherche est effectuée c'est-à-dire la stratégie qui a permis d'élaborer, de planifier, de recueillir, de traiter et d'analyser les informations théoriques et empiriques sur la protection sociale au Sénégal.

II-1-Méthodes et techniques de recherche

Les méthodes et les techniques en sciences sociales sont nombreuses et variées. Leur utilisation dépend de la nature et de l'objet de l'étude, des informations disponibles, des moyens financiers et du temps dont le chercheur dispose. En fonction de l'objet et des objectifs poursuivis, le chercheur choisit une méthode ou en combine plusieurs.

Pour ce qui concerne notre étude, nous avons choisi de combiner la méthode qualitative à celle quantitative à travers une recherche documentaire, des entretiens et une enquête de terrain. L'avantage d'une telle articulation méthodologique est qu'elle permet de diversifier l'approche mais aussi d'expliquer de façon plus ou moins globale le phénomène étudié par le biais de triangulation (converger ou corroborer des résultats provenant des deux méthodes), de travail de complémentarité (mettre en valeur ou clarifier les résultats d'une des méthodes avec les résultats de l'autre) et de développement (affiner et pousser l'analyse effectuée dans une des méthodes grâce aux résultats apportés par l'autre méthode) (Greene, Caracelli, & Graham, 1989). Car certains questionnements trouvent des réponses grâce à l'approche compréhensive tandis que d'autres nécessitent l'approche quantitative et statistique (Dietrich, Loison, & Roupnel, 2010). Ainsi, en combinant les deux méthodes, nous espérons mieux expliquer la protection sociale au Sénégal.

II -1- 1-Méthodes et techniques qualitatives

La démarche qualitative est une méthode des sciences humaines et sociales qui privilégie l'analyse et l'interprétation de l'information non chiffrée. Elle traite des données difficilement quantifiables (photographies, entrevues, écrits, journaux, discours, vidéos) mais qui contiennent des informations très importantes pour la compréhension d'un phénomène social ou d'un sujet quelconque. Ce qui caractérise les méthodes qualitatives c'est essentiellement, la mise en œuvre des ressources de l'intelligence pour saisir des significations (Mucchielli & Paillé, 2012) ou des causalités mais aussi d'extraire un sens plutôt que de transformer l'information en chiffres ou en statistiques. Les méthodes et techniques qualitatives « mettent l'accent sur les effets de situation, les interactions sociales sous contraintes, la place de l'imaginaire ou le jeu des acteurs avec les normes sociales » (Alami, Desjeux, & Garabua-Moussaoui, 2009, p. 13) ce qui leur permet de « rendre compte de la complexité du réel là où, bien souvent, l'enquête quantitative en dresse un portrait parfois simplifié (Desanti & Cardon, 2007, p. 47). L'approche qualitative a des nombreux autres avantages parmi lesquels on peut citer :

-L'exploration et l'approfondissement d'un sujet de recherche : le plus souvent lorsque le sociologue étudie son objet, il n'a pas toutes les informations pour expliquer les causalités et les relations entre les phénomènes ou les variables. La démarche qualitative permet au chercheur d'explorer le sujet et de recueillir le maximum d'informations permettant d'orienter la recherche, de trouver des réponses à diverses interrogations. En fait, l'utilisation de la méthode qualitative est suggérée « dès qu'on estime insuffisante la connaissance préalable du domaine à explorer, (...), dès qu'on cherche, à comprendre en profondeur un phénomène, dans toute son ampleur et sa complexité, sans se contenter d'une simple photographie prise à un moment T » (Couratier & Miquel, 2007, p. 34). Donc, par les entretiens, l'analyse de contenu, l'étude des images, l'observation ... nous pouvons recueillir des informations sur la protection sociale au Sénégal et le comportement des ouvriers dans leurs activités et dans leurs ménages.

-L'objectivation de l'objet d'études : interviewer quelqu'un pour qu'il donne son opinion, analyser le contenu d'un document pour extraire une information, observer un fait pour comprendre ses caractéristiques,... évite toute spéculation réflexive et subjective sur un sujet et place le chercheur dans une position d'objectivité.

Car, la réponse donnée, l'information recueillie et le fait décrit proviennent d'un tiers. Ainsi, le processus d'objectivation par le biais des méthodes et des techniques qualitatives permet de renforcer la scientificité de l'étude en écartant les prénotions et les fausses évidences. Donc, en utilisant des techniques qualitatives de recueil de données avec les acteurs de la protection sociale au Sénégal (employeurs, travailleurs, inspecteurs du travail, agents de la sécurité sociale ou des mutuelles, personnels médicaux) nous respectons quelque part ce critère d'objectivation.

-La compréhension d'un phénomène social complexe : la sociologie est à la fois une science explicative (approche durkheimienne) et compréhensive (approche wébérienne). Toutefois, il faut comprendre les faits sociaux pour les expliquer causalement. En fait, les faits sociaux ont besoin d'être analysé profondément pour découvrir le sens qu'ils cachent et les logiques qui les sous-tendent. La démarche qualitative est un moyen qui permet de comprendre les phénomènes sociaux complexes dans la mesure où le chercheur mobilise des techniques et des méthodes qui essaient de d'interroger en profondeur les individus et leurs actions, les sens et les logiques sous-jacentes à tout fait social.

Dans cette thèse, le recours aux méthodes qualitatives permet de comprendre le vécu des ouvriers, leurs conceptions et leurs relations aux risques et à l'assurance, les stratégies des acteurs (employeurs, ouvriers) en matière de soins, et le fonctionnement des institutions de prévoyance sociale au Sénégal.

Le choix de la méthode qualitative pour cette recherche se justifie par le fait que les données chiffrées ne suffisent pas à elles seules pour rendre compte de la complexité de la protection sociale dans les pays africains d'une manière générale et au Sénégal en particulier. Il est indispensable d'analyser le discours des acteurs et les écrits dans ce domaine, les images, les schémas et les plans et connaître le point de vue des différents acteurs.

Par exemple, en ce qui concerne les images, Christian Papinot montre que dans la démarche de recherche, l'image présente des opportunités au chercheur en ce sens qu'elle matérialise la réalité observée et permet de confronter les points de vue exprimés (Papinot, 2012). Ainsi, montrer les images des ouvriers au travail, les matériaux ou produits à risque, les instruments et les techniques utilisées, permet de mieux comprendre les risques et la sécurité dans le secteur des BTP à Dakar.

Toutefois, nous sommes conscient que dans l'usage des images, le chercheur doit être vigilant en ce qui concerne leur production et leur interprétation c'est-à-dire ce que certains sociologues appellent l'illusion de la transparence (Bourdieu, Chamboredon, & Passeron, 2005).

Dans le cadre de cette étude, le recours à l'image par le biais des photographies se fait à titre illustratif. Autrement dit, nous ne cherchons pas à faire une sociologie de l'image ou de la photographie mais à montrer les conditions de travail des ouvriers, le niveau de sécurité et les techniques utilisés dans les activités et les corps de métier.

Par ailleurs, les techniques qualitatives utilisées pour cette recherche sont l'étude documentaire, l'observation directe et l'entrevue.

La recherche documentaire est le plus souvent la première étape dans le recueil des données car elle permet de rassembler les informations nécessaires à la compréhension du sujet, à la construction théorique, méthodologique et à l'orientation de l'enquête par la lecture de divers documents (écrits, audio, et visuels).

Pour cette thèse, le corpus documentaire est composé d'ouvrages, d'articles scientifiques, d'articles de presse, de rapports, de photographies, etc. Pour les trouver, nous avons consulté les centres de documentation à Dakar, les bibliothèques universitaire de Dakar et de Brest, les espaces de documentation numérique (revues en ligne²², bibliothèques virtuelles²³), les structures publiques de recueil et d'analyse de données (Agence Nationale de Statistiques et de Démographie -Ansd-) des institutions de protection sociale au Sénégal²⁴ et la presse locale²⁵.

²² Exemple de revues en ligne consultées : <http://www.revues.org/>, <http://www.persee.fr/web/guest/home>, <http://www.cairn.info/>

²³ Exemple d'espaces de documentation en ligne : Google books (<http://books.google.fr/>), *les classiques en sciences sociales* ([www.http://classiques.uqac.ca](http://classiques.uqac.ca)).

²⁴ Exemple : <http://www.secusociale.sn/>, www.ipres.sn, www.sante.gouv.sn, <http://www.gouv.sn/>

²⁵ Exemple de presse écrite locale sollicitée dans cette recherche : *Le Soleil*, *Le Quotidien*, *Walfadjri*, *Sud quotidien*.

Pour ce qui concerne les études statistiques et démographiques de l'Ansd, nous nous référons aux recensements, aux enquêtes sur les ménages, la pauvreté, la santé. Les documents sont privilégiés selon leur pertinence, leur exhaustivité, leur disponibilité et en rapport avec l'argumentation ou l'analyse effectuée.

Ainsi, par exemple,

- Lorsqu'il s'agit de présenter la composition de la population, nous utilisons les données du troisième recensement général de la population (RGPH 3 de 2002)²⁶;
- Pour l'analyse de la pauvreté dans les ménages, nous utilisons les informations contenues dans le DSRP (2005) les résultats des ESPS (2005-2006 et 2010-2011), des ESAM (1994-1995 et 2001-2002) et des différentes études sur la situation économique du Sénégal ;
- S'agissant de l'étude sur la santé, nous faisons références aux enquêtes démographiques et de santé (EDS 1 ; 2 ; 3 et EDS- MICS 2010-2011) et aux comptes nationaux de santé (2005)²⁷ mais aussi aux rapports du Ministère de la santé;
- Pour l'étude sur la protection sociale, nous nous basons entre autres sur le document portant sur la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS 2006).

La recherche documentaire a permis de faire une revue de la littérature et des débats sur la protection sociale en occident et dans les pays du sud, mais aussi d'orienter la recherche pour plus de pertinence. De plus, les documents et les auteurs consultés seront mobilisés tout au long de cette thèse pour appuyer une argumentation, justifier des affirmations, comparer des données ou faciliter la compréhension de notre sujet.

L'observation directe du comportement de l'individu ou de l'environnement est l'une des techniques de recueil de données les plus utilisées en sciences humaines, que ce soit à des fins scientifiques ou professionnelles (Norimatsu, Pigem, & Barthe, 2008). Elle permet d'obtenir des informations que le discours ne peut donner pour diverses raisons. L'observation directe est une technique empirique qui permet au chercheur de voir par lui-même les manifestations du phénomène ou le déroulement de l'événement pour mieux le saisir, l'appréhender et le comprendre.

²⁶ Le quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage (RGPHAE IV) a lieu du 19 novembre au 09 décembre 2013; la publication des résultats est prévue dans le courant du premier trimestre 2014. (Source : ANSD. Les projets d'enquêtes et d'études. Consulté le 17 novembre 2013 et disponible sur l'url : http://www.ansd.sn/projets_en_cours.html

²⁷ Les comptes nationaux de santé de 2005 sont les derniers chiffres exhaustifs disponibles pour ce qui concerne l'étude de la santé au Sénégal.

Dans le cadre de cette étude, nous avons choisi d'observer l'environnement de travail des ouvriers (chantiers, ateliers), les matériels de protection (casques, chaussures de sécurité, tenues, masques, gants), leurs comportements individuels et collectifs en situation de travail (posture de travail, usage d'équipements, communication, prise de risques).

L'observation s'est déroulée à travers des visites sur les lieux de travail des ouvriers. En effet, nous avons visité des chantiers de construction de bâtiment dans les quartiers et des ateliers de travail (ateliers de menuiserie, de ferrailage, d'électricité, de fabrication de briques ou de blocs de béton) afin de voir dans quelles conditions s'exerce l'activité mais aussi quels sont les risques quotidiens auxquels sont confrontés les ouvriers dans leurs métiers.

Par ailleurs, pour connaître les opinions des personnes sur un sujet ou connaître les raisons de leurs attitudes ou comportements, le meilleur moyen d'y arriver est de les interroger et de les écouter. Cette approche très utilisée en sciences sociales et humaines et en sciences de l'information et de la communication est appelée entrevue, entretien ou interview.

L'entrevue est souvent indiquée pour les recherches de type qualitatif dans lesquelles le chercheur veut appréhender le phénomène étudié dans sa complexité et non se contenter d'une analyse statistique ou mathématique. Pour ce qui concerne cette étude, nous avons effectué quatorze entretiens avec plusieurs personnes ressources que nous avons choisies en fonction de leurs statuts ou responsabilités, leurs connaissances en matière de protection sociale mais aussi de leur implication et de leur vécu dans le secteur du bâtiment. Il s'agit de :

Un cadre à la direction de la sécurité sociale au Ministère du travail

Un responsable de la prévention des risques professionnels à la caisse de sécurité sociale

Le président de la confédération des Institutions de Prévoyance Maladie au Sénégal

Un directeur technique d'une entreprise du bâtiment

Un spécialiste de la mutuelle de santé au ministère de la santé et de la prévention

Un délégué du personnel d'une entreprise spécialisée en bâtiment et travaux publics

Un agent d'une mutuelle de santé dans la banlieue dakaroise

Un médecin libéral prestataire de soins dans un cabinet médical à Dakar

Un chef de personnel d'une entreprise spécialisée en Bâtiment et Travaux Publics
Un ancien président de conseil d'administration d'une IPM dans le BTP
Un responsable d'hygiène, de sécurité et santé au travail dans une entreprise de BTP
Un ouvrier victime d'accident de travail dans les chantiers
Un ouvrier victime d'accident de trajet dans une entreprise de BTP
Un ouvrier victime d'accident de travail dans les ateliers de l'entreprise

Chaque entretien est motivé par le besoin d'approfondir le sujet afin de trouver des réponses aux questions de recherche.

D'abord, les échanges avec les cadres des structures publiques (ministère du travail, caisse de sécurité sociale, inspection du travail) ont pour objectif de mieux connaître la structuration et le fonctionnement des institutions de protection sociale. Cette connaissance est indispensable pour l'analyse du régime sénégalais. Elle permet aussi d'appréhender les mesures, les ressources, les politiques et les programmes définis dans ce sens, de déceler les dysfonctionnements du système et d'expliquer le faible taux de couverture sociale au Sénégal.

Ensuite, l'entretien avec les acteurs dans les entreprises du BTP (les employeurs, le personnel d'encadrement, les responsables de sécurité, les représentants du personnel) a pour but de discuter de la protection sociale dans l'entreprise, des politiques en matière de prévention des risques et des stratégies de prise en charge des accidents et maladies. Les discussions avec ces acteurs se justifient par le fait qu'ils sont souvent directement concernés par la sécurité sociale au travail dans la mesure où ils organisent le travail dans les chantiers, élaborent, mettent en exécution et contrôlent les politiques de sécurité, gèrent les relations avec les institutions de protection sociale. Les informations recueillies au cours de ces entrevues vont aider à mieux expliquer les situations de sécurité ou d'insécurité, les stratégies de prévention et de gestion-du risque santé, le respect de la réglementation en matière du droit du travail et les comportements des ouvriers dans les chantiers.

En outre, les échanges avec les acteurs privés de l'assurance maladie (IPM, mutuelle, Cabinet médical), sont motivés par le besoin de comprendre la prise en charge (nature et taux de prestations, parcours de soins, bénéficiaires, remboursements) des maladies et accidents de travail, les relations entre les acteurs de la prévoyance santé, les difficultés de financement des soins.

Les informations recueillies permettent d'approfondir l'analyse sur les raisons de la faiblesse du taux d'assurance santé et de voir si les structures de prévoyance santé répondent réellement aux besoins des travailleurs en général et des ouvriers du BTP en particulier.

Enfin, les entrevues avec les personnes victimes d'accidents renseignent sur les dangers et les risques auxquels les travailleurs du BTP sont confrontés dans leurs activités.

L'analyse des discours aide à une meilleure compréhension du rapport au risque et à l'assurance, du niveau de sécurité, des stratégies des acteurs en matière de prévention et de gestions des accidents et maladies.

Les entrevues se sont déroulées entre le 20 mai et le 25 juin 2010 après le recueil des données par questionnaire, suivant la disponibilité des personnes ressources et à l'aide de guides d'entretien personnalisés²⁸. Ces derniers contiennent en moyenne cinq thèmes portant sur l'entreprise, le domaine d'activités, les risques au travail, les besoins en matière de protection sociale et le rôle des institutions sociales. Toutefois, en fonction de l'interlocuteur, d'autres thèmes en relation avec le sujet ont été abordés car les guides d'entretien sont conçus avec beaucoup de souplesse et de flexibilité. Ils évoluent au fur et à mesure des entretiens, en fonction de la pertinence effective des questions et l'apparition de nouveaux éléments à approfondir.

Les entretiens sont de type semi directif avec une grande liberté accordée à l'enquêté afin qu'il puisse s'exprimer plus longuement et donner le maximum d'informations sur le thème. Le choix de ce type d'entretien se justifie par le fait d'une part qu'il est très adapté pour l'étude des phénomènes et problématiques liés au travail car le plus souvent les personnes enquêtées ne disposent pas suffisamment de temps pour un entretien de type exploratoire et d'autre part, il répond aux préoccupations de chercheurs qui veulent recueillir le maximum d'informations sur le thème d'étude tout en évitant des digressions de la part de l'enquêté.

En ce qui concerne la présentation et l'analyse des entretiens, nous avons choisi d'inclure dans cette recherche les extraits les plus pertinents, ceux qui nous permettent de soutenir notre analyse et notre argumentaire. Nous avons exclu une analyse quantitative du discours des enquêtés avec des logiciels spécialisés dans l'étude des verbatim ou des occurrences (*Alceste*, *SPAD-T*, *Sphinx Lexica*, *ATLAS*).

²⁸ Voir les guides d'entretien en annexe I.

Cette démarche est justifiée dans la mesure où les entretiens sont en grande partie en langue nationale wolof mais aussi par le fait que nous souhaitons plutôt approfondir des questionnements et obtenir assez d'informations pour mieux saisir le fonctionnement des institutions de protection sociale et le vécu des ouvriers.

Les entretiens individuels ont permis d'obtenir des informations très importantes sur les politiques et mesures sociales mais aussi sur les besoins, les attitudes et les comportements des ouvriers du bâtiment au sein de leurs lieux de travail et dans leurs métiers. En outre, les informations obtenues par le biais de l'entretien ont permis d'affiner la problématique et le cadre conceptuel de la recherche.

En somme, la démarche qualitative est très importante pour cette recherche. Elle facilite la compréhension du fonctionnement des institutions de sécurité sociale (CSS, IPM, IPRES, mutuelles de santé), les besoins et les stratégies des acteurs (employeurs et travailleurs du bâtiment) en matière de protection sociale.

Toutefois, « le travail qualitatif ne saurait suffire à une analyse approfondie de certains objets. Il conduit généralement le chercheur à donner une importance particulière aux dysfonctionnements sociaux alors que l'approche quantitative relativise au contraire certains comportements atypiques. (Dietrich, Loison, & Roupnel, 2010, p. 219). Ainsi, pour mieux saisir la protection sociale des ouvriers du bâtiment dans sa complexité et dans l'objectif de mener une analyse plus subtile, plus pertinente et plus exhaustive, nous mobilisons les méthodes quantitatives.

II -1- 2- Méthodes et techniques quantitatives

Pour étudier le social, le chercheur doit élaborer des outils (méthodes d'enquête, concepts, catégories, données) lui permettant de « s'abstraire des cas particuliers, de se détacher des représentations individuelles » (Martin O. , 2012, p. 10) et de respecter les règles de scientificité. Ce travail est rendu possible grâce entre autres à l'approche quantitative qui permet de produire des données et des résultats dits objectifs.

Le choix de la méthode quantitative se justifie par le fait qu'il est important d'aller au-delà du discours, de l'observation et de l'analyse documentaire pour analyser la protection sociale sénégalaise. En fait, « certains éléments ne peuvent être prouvés sans une approche quantitative qui fournit non seulement une mesure statistique, mais aide aussi à découvrir des phénomènes cachés à la vue du qualitatifiste »²⁹.

²⁹ Op. cit., p. 220.

Ainsi, il est nécessaire d'interroger un grand nombre d'ouvriers pour comprendre leurs vécus, leurs comportements, leurs attitudes et la relation qu'ils ont avec le risque et l'assurance. L'enquête auprès de 540 ouvriers permet d'avoir assez d'informations pour procéder à des tests statistiques et à des mises en relation entre des variables afin de saisir au mieux la sécurité sociale et les risques dans le bâtiment dakarois. Les principaux avantages de la méthode quantitative sont :

-Objectivité : les données chiffrées sont des moyens objectifs de mesurer les opinions des individus et de garantir une scientificité à l'étude. Le chercheur analyse les questionnaires, met en relation les réponses, procède à des tests statistiques (χ^2 , corrélation, régression, variation) pour vérifier la significativité des données, leur cohérence, et leur pertinence. La méthode quantitative permet de limiter les effets de la subjectivité individuelle et de minimiser ainsi les erreurs qui peuvent apparaître dans les discours des enquêtés.

-Représentativité : la méthode quantitative cherche à recueillir l'opinion d'un grand nombre de personnes (échantillon) ou de l'ensemble de la population étudiée. Les données recueillies se veulent représentatives, c'est-à-dire que les informations recueillies à partir d'un groupe sont valables pour toute la population. Toutefois, il faut prendre la précaution d'utiliser des méthodes et des techniques qui puissent garantir la représentativité de l'échantillon.

-Significativité : les données de l'enquête quantitative sont souvent numériques et leur croisement doit répondre à un critère de significativité pour être scientifiquement et statistiquement valides. La significativité des tests statistiques suggère qu'on a une petite probabilité que les résultats soient dus au hasard ou tronqués ($0.005 < p < 0.001$). Donc, l'approche quantitative permet d'avoir des résultats significatifs qui vont renforcer la qualité de l'échantillon, de l'étude.

La méthodologie quantitative fait principalement appel au questionnaire pour analyser scientifiquement au mieux les données. En fait, le questionnaire est l'un des meilleurs outils pour collecter des informations auprès d'un échantillon de grande ou moyenne taille. Sa finalité est de recueillir des données numériques, de faciliter l'analyse statistique grâce à l'élaboration de chiffres, de tableaux statistiques et à la mise en corrélation de variables numériques.

Concernant cette étude, nous avons élaboré un questionnaire adressé aux ouvriers du bâtiment³⁰ pour récolter les données se rapportant à leur protection sociale au travail. Le document contient 75 questions portant sur les thèmes suivants : l'emploi, les besoins et les dépenses médicales, les risques au travail, la sécurité et la prévoyance au travail.

L'administration de 540 questionnaires s'est faite directement entre l'enquêteur et l'ouvrier à travers une entrevue orale (questions-réponses), le plus souvent en langues nationales (wolof, sérère, pulaar)³¹ car le niveau de compréhension et d'utilisation de la langue française est assez faible chez la plupart des ouvriers du BTP. Ce qui nous conduira d'ailleurs à nous interroger sur le lien entre la protection sociale, l'information et le niveau d'instruction des ouvriers du bâtiment à Dakar.

En somme, nous avons choisi de combiner les méthodes qualitatives et quantitatives pour mieux comprendre la protection sociale des ouvriers du bâtiment. Les deux méthodes nous apportent des outils pour nous accompagner dans le raisonnement, dans la démarche empirique, dans la recherche et l'analyse des données d'enquête (Martin, 2010).

I -1- 3- La population cible

En sciences sociales, les études portent sur des individus mais aussi sur un groupe, une population. Toutefois, le choix des personnes sur qui va porter l'étude n'est pas toujours évident. Le plus souvent, il faut procéder à des ajustements socio scientifiques indispensables entre les contraintes du monde réel (l'environnement social et humain) et les exigences scientifiques (rigueur, objectivité, méthode) ; ce qui conduit la plupart du temps à des compromis lorsqu'il s'agit par exemple de définir la population enquêtée (Firdion, 2010 , p. 74) .

Cette étude a pour cible les professionnels du bâtiment, c'est-à-dire des ouvriers qui ont pour métier la construction d'habitations ou d'immeubles. Au Sénégal, le secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP) est assez vaste, très dynamique et participe au développement du pays et à la mutation du paysage urbain sénégalais. Depuis quelques années, l'emploi est en plein essor avec une croissance annuelle supérieure à 10%.

³⁰ Voir le questionnaire en annexe I.

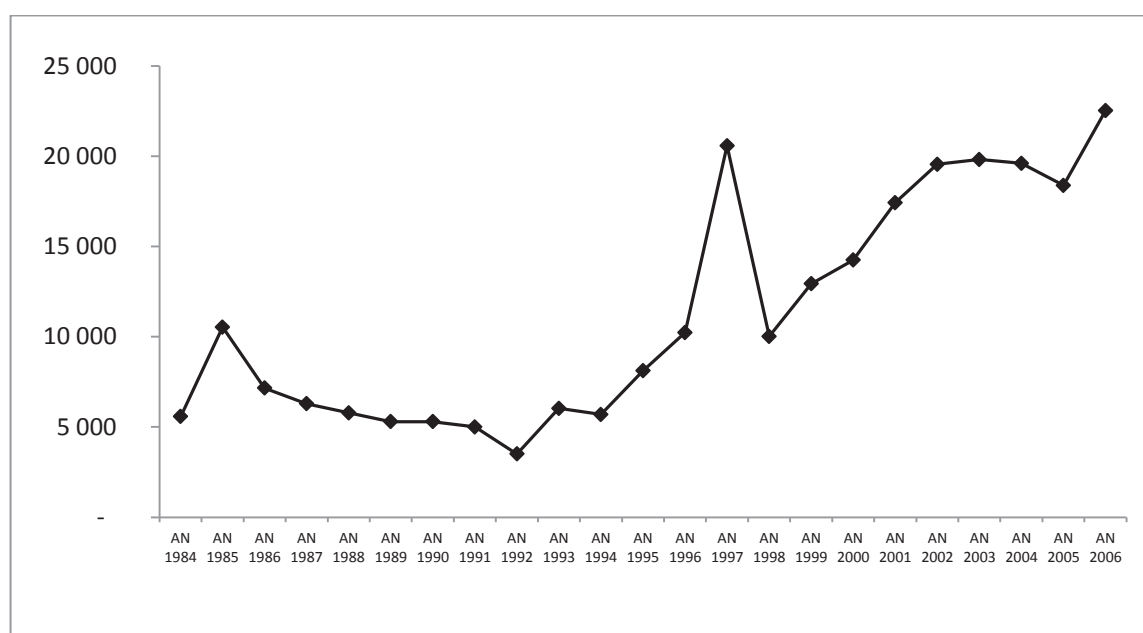
³¹ Ces trois langues sont les plus parlées au Sénégal. Elles sont utilisées par plus de 90% de la population et servent d'outils de communication dans les ménages, les échanges, les activités et les associations.

Selon les statistiques nationales, le bâtiment et plus particulièrement le sous-secteur de la construction a connu une progression de 10,6% en moyenne entre 2002 et 2007 et contribue activement à la croissance du PIB réel avec un taux de 4,7% (Ansd, 2009).

En 2004, les spécialistes appuyés par le BIT ont répertorié environ 255 emplois et ont proposé de classer 240 emplois selon des critères spécifiques tenant compte de la complexité du métier, de l'organisation, des acteurs, des compétences³².

Il s'agit de maçons, d'électriciens, de peintres, de carreleurs, de plombiers, de décorateurs, de ferrailleurs et de menuisiers.

Graphique 2 : Le secteur des BTP : évolution des effectifs entre 1984 et 2006



Source : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)

Cette croissance est portée à la fois par une politique planifiée de l'habitat social depuis les années 1950-1970, par des investissements publics soutenus par les bailleurs de fonds internationaux³³ et par une forte demande de construction de logements et le dynamisme des entreprises du BTP.

³² Voir, l'avant-projet d'annexes de classification des emplois des secteurs du bâtiment et des travaux publics réalisé sous la direction d'Abdoul Aziz Guèye dans le cadre du projet du Bureau International du Travail (BIT) portant sur la promotion des principes et droits fondamentaux au travail (PAMODEC), septembre 2003-avril 2004. (En ligne). Consulté le 24 juillet 2013 sur l'url : <http://www.ilo.org/public/french/region/afro/dakar/activities/projects/pamodec/publ/btp.pdf>

³³ Agence Française de Développement, Fonds Koweïtien, Fonds Nordique de Développement, Union européenne, Banque mondiale, Banque Africaine de Développement, Banque Islamique de Développement.

On peut observer dans le graphique 2 qu'il y a eu presque une décennie (1985-1992) où le bâtiment, comme de nombreux secteurs, a connu une diminution de ses effectifs. Cette période correspond aux programmes d'ajustements structurels qu'a connus le Sénégal dans les années 1980. Partout, l'investissement public s'est réduit et avec lui les marchés et les emplois puisque les bailleurs de fonds ont réduit et réorienté leurs soutiens à des secteurs encourageant l'exportation.

Toutefois, à partir de 1998, le bâtiment est devenu un secteur dynamique dans lequel exercent de nombreux jeunes. Cette situation est favorisée par la création de nouvelles zones d'habitation, la facilitation d'accès aux crédits, la multiplicité des coopératives d'habitats et les ressources issues de l'émigration. La demande en construction de bâtiments s'est multipliée et avec elle l'offre d'emplois dans le secteur.

Dans cette recherche, nous nous intéressons à une dizaine de corps de métier, à tous les statuts professionnels (les travailleurs actifs et les retraités) et tous les secteurs (privé, public et secteur informel).

Notre échantillon comprend des travailleurs bénéficiant d'une couverture sociale par l'État ou les entreprises, mais aussi ceux qui n'en bénéficient pas

Nous avons choisi cette catégorie pour les raisons suivantes :

- 1- C'est une catégorie qui travaille souvent dans des conditions très difficiles est souvent exposée à différents risques (accidents de travail, maladies professionnelles).

En effet, le travail du bâtiment est très exigeant en ce sens qu'il demande beaucoup d'efforts et de prise de risques. Certains ouvriers travaillent parfois sans le minimum de protection requise (casque, bottes, gants, lunettes, masque, combinaison).

- 2- Les ouvriers du bâtiment ont tous les mêmes conditions de vie dans la mesure où ils sont de la même catégorie et sont dans la même grille salariale. Ils ont les revenus les plus faibles (proche du SMIG) comparés aux ingénieurs et cadres du BTP.

II -1- 4- L'échantillonnage

Les chercheurs et spécialistes en sciences sociales ont souvent conscience de la difficulté de constituer un échantillon. La difficulté se situe dans la représentativité de l'échantillon (en quantité et en qualité), laquelle détermine souvent la validité scientifique de la recherche.

Au moment de la construction de l'échantillon, l'idéal est de disposer d'une base de sondage qui est une liste exhaustive de la population d'étude dans laquelle on extrait un échantillon. « Néanmoins, dans de nombreux cas, cette base n'existe pas ou est très difficile à constituer » (Lebaron, 2006, p. 56). Toutefois, il faut utiliser et combiner les méthodes et techniques scientifiques pour disposer d'un échantillon plus ou moins représentatif.

La constitution d'un échantillon est une phase très délicate qui nécessite une grande précaution car « la qualité des conclusions qu'on peut tirer d'une enquête est liée à la composition de son échantillon » (Ghiglione & Matalon, 1991 , p. 39). Autrement dit, un échantillon mal conçu risque de conduire à des fausses représentations ou interprétations³⁴.

Pour constituer notre échantillon, nous avons pris en compte certains facteurs comme la population à étudier, la zone d'enquête, la disponibilité des personnes à enquêter, l'absence de base de sondage, les contraintes financières, techniques, humaines et temporelles. Tous ces paramètres ont guidé et justifié notre choix concernant les méthodes et les techniques d'échantillonnage.

Pour cette étude, nous choisissons les méthodes et techniques suivantes : la méthode de sondage aréolaire et la technique d'échantillonnage aléatoire à plusieurs degrés.

Le sondage aréolaire est un outil de la méthode probabiliste permettant d'obtenir un échantillon à partir d'un découpage géographique du milieu d'enquête. En effet, pour assurer la représentativité de l'échantillon, la zone d'enquête est divisée en de petites aires géographiques (îlots) plus ou moins homogènes obtenues par quadrillage de cartes. Ainsi, selon la précision souhaitée, les ressources disponibles et le temps consacré à l'étude, « on peut soit utiliser comme unités de tirage, les découpages administratifs (commune, arrondissement, circonscription, parcelle du cadastre) »³⁵ ou tracer de nouvelles aires selon des critères bien définis.

³⁴ Jean-Marie Firdion, op.cit., p.71.

³⁵ Ibid., p. 21.

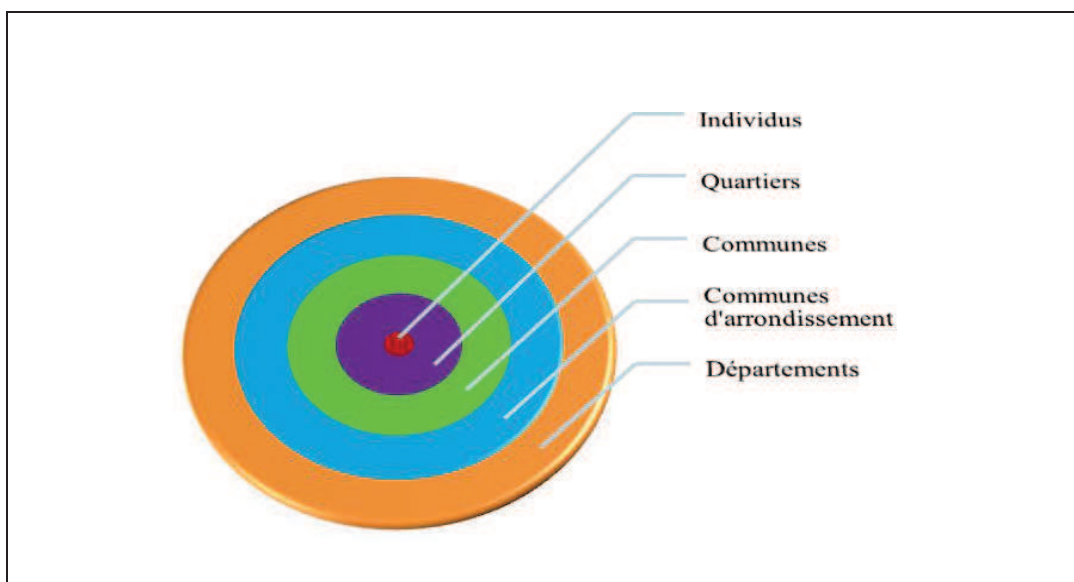
Les avantages de l'échantillonnage aréolaire sont :

- En l'absence de base de sondage, il est efficace pour avoir un échantillon représentatif. L'aire est une entité relativement stable qui tient compte de l'évolution de la population qu'elle contient.
- En procédant à une enquête dans un quartier ou une commune, nous avons de fortes chances de rencontrer les personnes dans la mesure où les quartiers sont des lieux d'habitation et de travail des ouvriers du bâtiment.
- Aussi, on peut avoir un gain de temps et de coût pour la collecte, ce qui est particulièrement très appréciable dans le cas d'une enquête lourde. Les déplacements sont limités et les enquêteurs peuvent optimiser leur activité en se concentrant sur la même aire géographique.

Nous avons considéré le découpage administratif comme point de départ de l'échantillonnage car la région de Dakar est administrativement bien découpée avec des départements, des communes et des quartiers bien délimités.

La technique d'échantillonnage aléatoire à plusieurs degrés consiste à tirer d'abord au sort par la méthode aréolaire les unités primaires (milieux d'enquête), puis, à l'intérieur des unités ainsi désignées, tirer les unités secondaires et tertiaires.

Figure 1 : Technique d'échantillonnage à plusieurs degrés



Source : PSOBD³⁶ (2010)

³⁶ PSOBD est l'acronyme de l'intitulé de notre thèse et signifie : la protection sociale des ouvriers du bâtiment à Dakar.

Dans cette thèse, les unités primaires sont les grandes aires géographiques de la région, c'est-à-dire les départements tandis que les unités de base sont les quartiers et la cible les ouvriers du bâtiment comme le montre le schéma (figure 1) précédent.

Concrètement, notre stratégie a consisté à partir du niveau régional, en choisissant comme point de départ les quatre départements, à savoir Dakar, Rufisque, Guédiawaye et Pikine. Cependant, pour des raisons pratiques et en référence à des critères démographiques (densité), sociaux (pauvreté, accessibilité aux soins), sanitaires (couverture sanitaire de la zone c'est-à-dire existence d'infrastructures), nous avons retenu les départements de Dakar, Guédiawaye et Pikine.

Le choix de ces trois lieux s'explique d'abord par le fait que ce sont des zones populaires dans lesquelles résident 70% de la population dakaroise. De surcroît, ces départements sont les lieux de résidence des populations ouvrières en raison de leur proximité avec le centre-ville et la zone industrielle (boulevard du centenaire, route de Rufisque), siège de nombreuses entreprises du BTP. Enfin, le département de Rufisque est un peu atypique dans la mesure où il est le seul à avoir des communautés rurales (Sangalkam et Yenn) dans la région de Dakar. Retenir ce département dans l'échantillon, ce serait donc, prendre le risque de perturber le critère d'homogénéité urbain dans l'espace d'enquête.

Une fois les unités primaires définies, nous avons choisi à l'intérieur des trois départements, tous les huit arrondissements, puis nous avons tiré au sort les communes d'arrondissement et les quartiers.

Enfin, après le choix des quartiers, nous avons choisi de parcourir les zones ciblées afin de rencontrer, d'interroger les ouvriers du bâtiment qui y résident ou qui y exercent leurs activités. Ainsi, l'enquête a permis d'administrer 540 questionnaires à des ouvriers appartenant à une dizaine de corps de métier (maçon, peintre, menuisier, charpentier, ferrailleur, plombier).

Toutefois, s'agissant de la taille de l'échantillon, la stratégie retenue est celle relative à la production de données de qualité et suffisantes par rapport à l'étude, aux ressources (matérielles, financières et humaines) et au temps (durée de séjour sur le terrain).

Il est vrai que les chercheurs en sciences sociales accordent une importance capitale à la taille d'un échantillon car le plus souvent les résultats d'un sondage ou d'une enquête ne sont pas du tout, identiques lorsque l'échantillon est de grande ou de petite taille.

Toutefois, les résultats issus d'échantillons mathématiquement et plus ou moins rigoureusement constitués ne sont pas forcément irréprochables car ils renferment toujours certaines erreurs, quelle que soit la marge choisie si elle est supérieure à zéro.

Aujourd'hui, certains chercheurs « déterminent de façon approximative la taille de l'échantillon dont ils ont besoin pour réaliser leur recherche, en fonction des intrants de temps et des moyens matériels, financiers et humains dont ils disposent pour la recherche » (Yao, 2005, p. 179) car en réalité, « la représentativité n'est pas le critère unique de la qualité d'un échantillon » (Bressoux, 2008, p. 49). Cette dernière dépend aussi du choix des individus de la population qui en feront partie.

En somme, en ce qui concerne cette étude, nous nous inscrivons dans cette dernière logique parce que d'une part, notre objectif dans cette recherche n'est pas de faire une généralisation des résultats à partir de cas particuliers, mais plutôt d'étudier la protection sociale sénégalaise à partir d'une catégorie de travailleurs (les ouvriers du bâtiment) qui peut être considérée comme vulnérable puisque souvent très exposée à des risques professionnels et d'autre part, un doctorant n'a pas les moyens matériels, humains, financiers, techniques pour faire une recherche à grande échelle sur des milliers d'individus.

Au total, notre échantillon n'est aucunement basé sur une théorie mathématique, au contraire, il obéit à une volonté d'interroger le plus de personnes possibles afin d'obtenir un maximum d'informations sur la protection sociale de la catégorie cible mais aussi d'avoir une base de données suffisante pour que les tests statistiques répondent aux critères de la loi gaussienne (loi normale) par exemple.

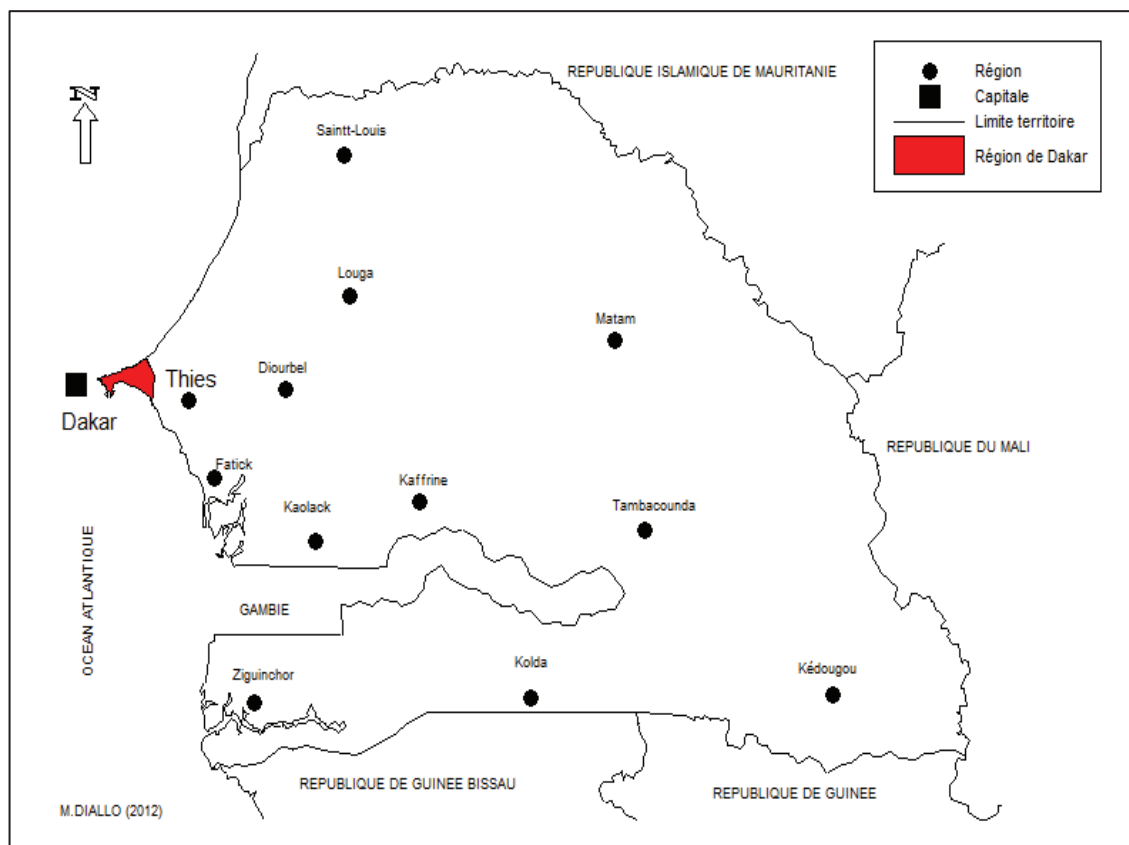
L'étude ne se veut pas exhaustive. Elle comporte des limites telles que le territoire, la taille de l'échantillon, la population cible. En effet, nous savons que choisir une ville dans un pays comporte toujours des risques de restreindre l'étude et de se priver d'une approche globale du phénomène. En choisissant la région Dakar, nous avons pris en compte le fait que d'une part, la capitale sénégalaise est une ville cosmopolite qui regroupe toutes les ethnies, toutes les catégories socioprofessionnelles, toutes les cultures nationales, d'autre part, que Dakar est en pleine expansion avec la construction de nouveaux espaces d'habitat. Donc, il y a de grande probabilité de trouver des ouvriers du bâtiment afin de pouvoir étudier leur protection sociale.

II -2-L'enquête de terrain : planification, recueil, traitement et validation de données

II -2-1-Le cadre d'étude

Notre recherche a pour cadre d'étude l'agglomération dakaroise qui est la capitale politique, administrative et économique du Sénégal. Ancienne capitale de l'Afrique Occidentale Française (1902) puis capitale du Sénégal indépendant (1960), Dakar est une ville fondée par l'administration coloniale (1857) qui voulait réunir les quatre comptoirs ou communes (Dakar, Rufisque, Gorée, Thiès) et fonder une ville moderne aux portes de l'Afrique occidentale (Sinou, 1999). Aujourd'hui, la ville est l'une des grandes métropoles de l'ouest africain (Seck A. , 1970). Elle concentre l'essentiel de la population et des infrastructures administratives, politiques, sanitaires et économiques.

Carte 1 : Situation géographique du cadre d'étude



Source : PSOBD (2010)

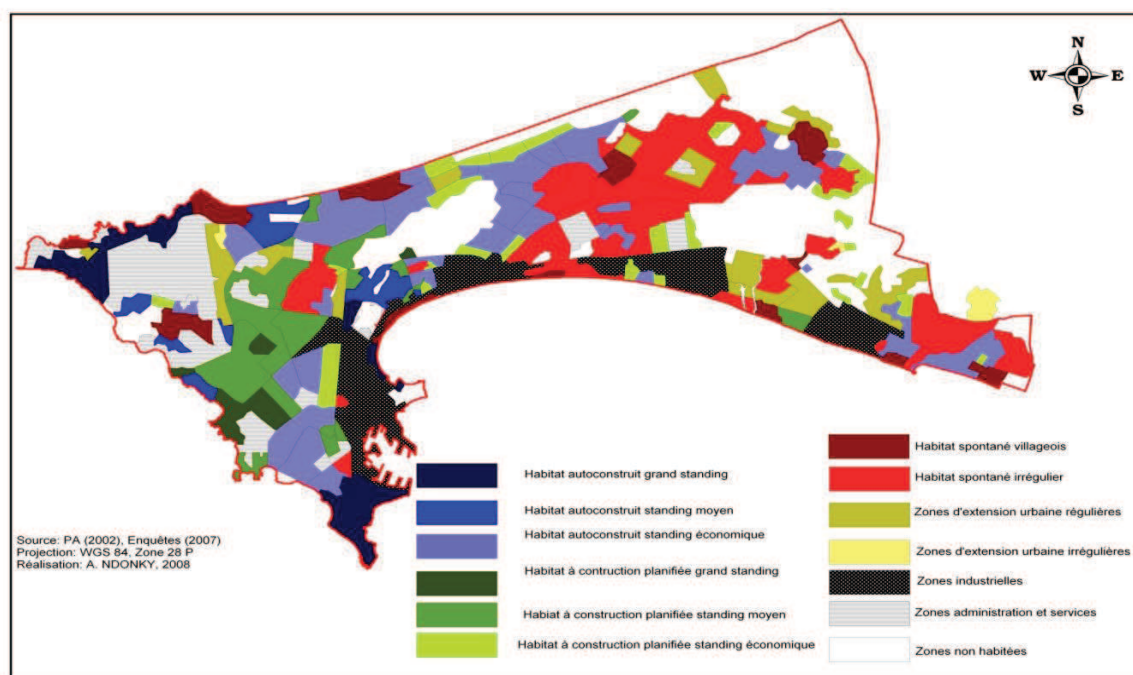
L'expansion de Dakar obéit à des stratégies politiques d'urbanisation amorcées d'abord par les colons et ensuite poursuivies par les pouvoirs politiques sénégalais mais aussi à l'immigration (Delcourt, 1983). En effet, le déplacement des quartiers situés près du centre-ville a commencé avec le pouvoir colonial français qui a rejeté les populations locales hors du plateau, dans les « quartiers indigènes » (Medina) et plus tard à Pikine et dans des *niayes*³⁷ (Sinou, 1985). Cette politique de « ségrégation spatiale » visait avant tout à contrôler le plateau mais aussi à lutter contre la propagation de certaines maladies tropicales, comme la peste, la fièvre jaune, la variole, le choléra. Mais en réalité, depuis très longtemps, la France comptait aménager les colonies en général et l'ensemble de la presqu'île du Cap-Vert plus particulièrement, afin de rendre les territoires occupés « plus modernes » et faciliter leur administration.

Au début du vingtième siècle, Dakar présentait deux visages assez différents. D'une part, le plateau qui était le quartier des Européens et d'autre part, le village des autochtones appelé « village des indigènes ou village noir ». Le romancier sénégalais Abdoulaye Sadi décrit les deux zones d'habitation en des mondes très différents : « aux confins de la ville en pierre, les agglomérations indigènes s'étaient, rousses et poussiéreuses : comparées aux quartiers neufs, riantes et pittoresques qui champignonnaient dans le centre, sur le plateau et sur le roc, ces agglomérations évoquaient, de par leurs aspects sordides, la misère et la décrépitude qui s'étaient partout à l'intérieur du pays » (Sadi, 1958, p. 86). Ainsi, à travers ce récit, on découvre une ville avec deux mondes assez contrastés et des populations partageant des conditions de vie très différentes. La structure de l'habitat dans ces deux zones reflète la situation sociale des habitants, mais surtout la puissance de la métropole.

Aujourd'hui, la carte de la structure de l'habitat montre une ville densément peuplée avec une hétérogénéité et une mixité dans les types d'habitat. D'une part, l'habitat moderne de type grand standing se trouve dans le plateau, la côte ouest (Point E, Mermoz,) et nord-ouest (Almadies, Ngor) et autour de la baie de Hann (Mariste et Marinas), tandis que l'habitat de standing moyen est présent dans les quartiers comme SICAP, HLM, Sacré cœur, Grand Yoff, Patte-d'oie, Golf, Mbao. D'autre part, les départements de Pikine et de Rufisque, ainsi que les localités dénommées «villages traditionnels» (Ouakam, Yoff, Mbao et Ngor) sont caractérisés par un habitat spontané ou irrégulier.

³⁷ Les *niayes* sont une bande de terre se situant le long de la côte nord-ouest de la région du Dakar. C'est une zone fertile très propice au maraîchage et à la culture vivrière.

Carte 2 : La structure de l'habitat à Dakar



Sources : PA (2002), enquêtes (2007)

Il faut dire que dans l'agglomération dakaroise, « l'habitat irrégulier occupe plus de 30% des superficies habitées ». (ONU-habitat, 2008, p. 5). Ce type d'habitat se caractérise par une certaine précarité en ce qui concerne les matériaux de construction, la parcelle habitée, l'environnement et l'ameublement. Toutefois, aujourd'hui, l'habitat spontané (baraques) tend à disparaître avec la création de cités modernes dans le cadre de l'urbanisation planifiée et de la transformation de l'habitat dans certains quartiers comme Fass, Médina, Colobane, les HLM et les SICAP.

Cette politique d'aménagement urbain a débuté au lendemain de la seconde guerre mondiale avec le Code de l'urbanisme pour les colonies³⁸.

Les autorités coloniales, pour répondre à une crise du logement, améliorer le cadre de vie et lutter contre l'insalubrité et l'insécurité dans la capitale, se sont investies dans la promotion de l'habitat moderne avec la création de sociétés de promotion immobilière, des structures de financement (le Crédit foncier de l'Ouest africain, le Crédit du Sénégal) et de l'aménagement de nouvelles zones d'habitations.

³⁸Exemple : l'Office Fédéral des Habitations Economiques, l'Office des Habitations à Loyer Modéré, la Société Immobilière du Cap-Vert..

A partir de 1960, avec l'indépendance du pays, le nouveau pouvoir va poursuivre sur la même lancée avec le projet de faire de la ville une capitale moderne. Dans ce cadre, les autorités vont créer des structures publiques de promotion immobilière dont la mission est de construire des habitations placées sous le régime de la location-vente et d'offrir aux populations des logements décentes. Cette politique urbaine, dictée par un besoin croissant en matière de logement et d'habitat moderne (Nerfin, 1965) s'est concrétisée par le lancement de vastes programmes d'habitats sociaux qui vont permettre de répondre aux besoins dans ce domaine.

Entre 1951 et 2003, la Société Immobilière du Cap-Vert (SICAP) a construit 13 260 logements et a investi environ 55,945 milliards de FCFA. A la même période, la Société Nationale des Habitations à Loyer Modéré (SNHLM) a produit 12 568 habitations.

Cependant, dépassée par une démographie croissante (environ 3% par an), cette politique d'habitat planifiée dont l'objectif de départ est d'assurer un logement social à un maximum de familles et de lutter contre la prolifération des bidonvilles s'est principalement concentrée à Dakar. De même, elle n'a pas été menée en faveur des populations à faibles revenus (Ly E. H., 2004). Néanmoins, l'OHLM et la SICAP ont permis l'émergence de quartiers modernes (Sicap Liberté, Amitié, Gibraltar, Patte-d'oie, Hann Mariste) et ont donné accès à la propriété immobilière à de nombreux Sénégalais.

Toutefois, dès les années 1980, confronté à des difficultés financières et économiques, le Sénégal va réduire ses investissements dans la construction de logements sociaux et laisser la place au secteur privé. Ce dernier, par le biais des entreprises du bâtiment et des travaux publics³⁹ ou des sociétés commerciales de promotion immobilière, va exploiter un marché en plein essor. En quelques décennies, ces sociétés ont réussi à construire des milliers de logements et à aménager de nombreux sites à usage d'habitation.

En 2010, la zone urbaine de la région de Dakar comptait environ 381 000 logements dont la moitié se trouve dans le département de Dakar. Le parc immobilier est composé de maisons basses qui constituent le type le plus répandu (63,5%), de maisons à étage (34,5%), quelques baraques (1,2%) et les studios et appartements (0,8%). (Ansd, EMSILD-2010).

³⁹ Exemple : la CSE, la SAGEF, JLS, le CDE, EIFFAGE, SEBATCO, CSE, SATTAR.

En s'intéressant aux modes d'acquisition de logement, on peut mesurer le dynamisme du secteur de l'habitat à Dakar. En effet, l'acquisition de propriétés se fait par achat, héritage, auto-construction ou don. Dans la région de Dakar, la plupart des propriétaires (43%) ont hérité leur logement, tandis que 32% l'ont construit, 21% l'ont acheté clef en main et 4% l'ont reçu en donation. Le taux élevé d'acquisition par héritage s'explique par la politique de l'habitat entamé au lendemain de l'indépendance, laquelle a permis aux Sénégalais d'acquérir un logement et de le léguer aux ayants droit (enfants, conjoint-es).

Par contre, le taux d'acquisition par construction est le résultat de l'aménagement et de la promotion de nouvelles zones d'habitations consécutives à l'extension de la ville. La construction d'habitat à Dakar trouve toute sa pertinence par le fait que les Sénégalais sont portés, en priorité, vers l'acquisition de leur propre logement à cause de son importance sociologique et économique. De même, la demande en matière de logement à Dakar a explosé à partir des années 1990 à cause de la mobilité et de l'immigration vers la capitale, ce qui a favorisé l'emploi dans le bâtiment. Ce secteur devient l'un des plus dynamiques grâce à la facilité d'accès au métier et à une offre d'emploi assez diversifiée. Toutefois, la construction d'habitat n'a pas permis de diminuer le coût du loyer à Dakar. Ce dernier a même connu une hausse de 116% entre 1994 et 1999 (Ansd, août 2012).

Aujourd'hui encore, le coût du loyer d'un logement est en moyenne de 52 000 FCFA dans la région de Dakar et la part du loyer dans le revenu des ménages est de 25% dans l'agglomération dakaroise⁴⁰. Cette évolution du loyer a des conséquences sociales négatives du fait que plus du tiers des locataires (38%) déclarent éprouver souvent des problèmes pour payer le loyer⁴¹. De plus, les normes de sécurité ne sont souvent pas respectées. Les autorités publiques tentent de maîtriser l'espace urbain avec un nouveau plan directeur d'urbanisme⁴² dont l'objectif est d'améliorer le cadre de vie et de faciliter l'accès aux infrastructures sociales de base.

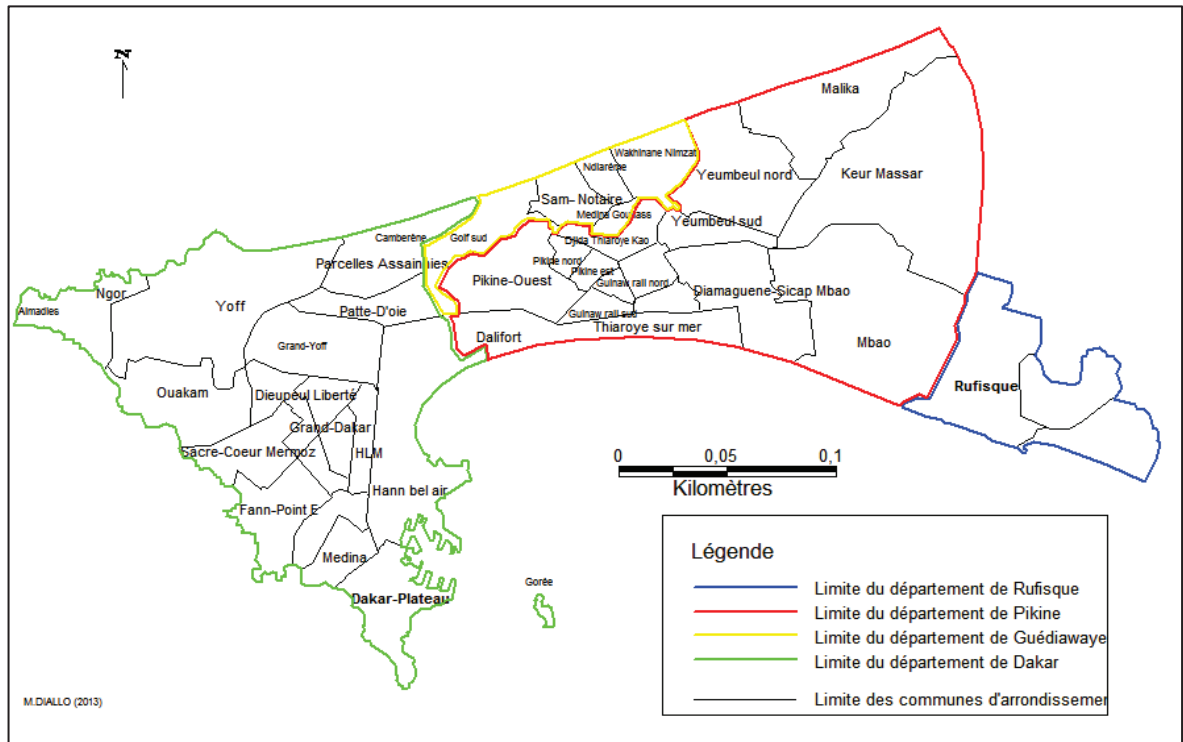
⁴⁰ En 2010, on estime que les ménages les plus « pauvres » consacrent plus de 34% de leurs revenus au paiement du loyer contre 22,4% pour les ménages les plus « riches ». (Source : Ansd, août 2012).

⁴¹ Op.cit., p. 8.

⁴² Décret n° 2009-622 du 30 juin 2009 approuvant et rendant exécutoire le plan directeur d'urbanisme de Dakar horizon 2025.

Sur le plan politique, les autorités procèdent à la redéfinition spatiale du pays et de la ville avec la loi sur la décentralisation⁴³ qui divise la région en quatre départements (Dakar, Pikine, Guédiawaye, Rufisque) et quarante-trois communes d'arrondissement⁴⁴.

Carte 3 : Découpage administratif de la région de Dakar



Source : DAT/DCL 1996

Ce redécoupage administratif suit une certaine ligne directrice dictée par la volonté et la nécessité pour l'État de se décharger de quelques prérogatives politiques et économiques en impliquant les populations dans l'organisation et la gestion des collectivités locales.

Cependant, cette politique de décentralisation n'a pas réellement permis de maintenir et d'impliquer les populations locales dans leur terroir (Diop D. , 2006). Au contraire, les populations de l'intérieur du pays ont massivement immigré vers la capitale, compliquant ainsi toutes les politiques et initiatives socio-économiques dans la région.

Aujourd'hui, la capitale sénégalaise est une ville densément peuplée avec un nombre d'habitants estimé à 2 592 191 habitants en 2010 (Ansd, décembre 2011)⁴⁵ et une densité de 4 415 habitants/km².

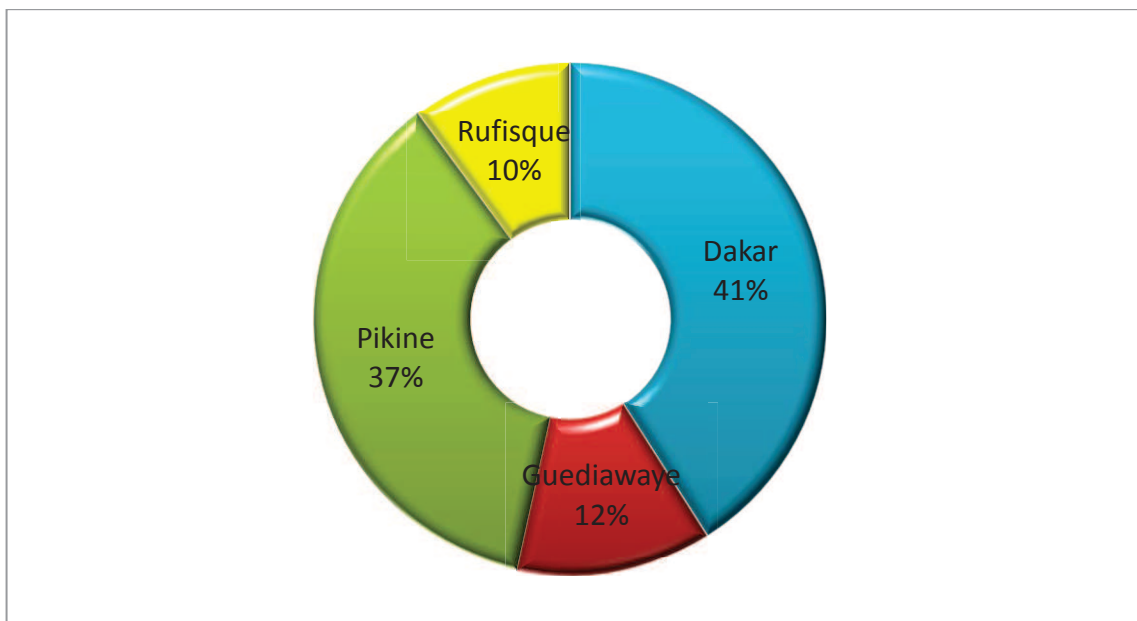
⁴³ Loi 96-06 du 22 mars 1996 sur la décentralisation au Sénégal.

⁴⁴ Décret n° 96-745 du 30 avril 1996 relatif aux communes d'arrondissement de la région de Dakar.

⁴⁵ Ces données sont une estimation de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) en attendant le résultat du 4^{ème} recensement général de la population (novembre- décembre 2013).

Cette population est inégalement répartie avec une forte concentration (plus de 60%) au niveau de la banlieue comme le montre le diagramme en secteurs ci-dessous.

Graphique 3 : Répartition de la population urbaine de la région de Dakar



Source : SRSD de Dakar à partir des projections de la population de la région de Dakar de 2002 à 2012, ANSD juin 2008.

L'histoire démographique de la région dakaroise montre que la population urbaine s'est très rapidement accrue au cours des décennies précédentes. D'abord, estimée à 1600 habitants en 1878, puis à 135 000 personnes environ en 1947, la ville a doublé sa population entre 1961 (424 000 habitants) et 1976 (942 000 habitants) (Pison, Hill, Cohen, & Foote, 1997, p. 28) pour atteindre par la suite les 2 000 000 de personnes à l'aube de l'an 2000.

Actuellement, un Sénégalais sur quatre vit à Dakar et chaque année des milliers de personnes arrivent en provenance des régions de l'intérieur⁴⁶ mais aussi de la sous-région (Mali, Guinée, Mauritanie, Gambie) pour s'y installer et mener des activités socio-économiques et culturelles. Le résultat est qu'il y a actuellement une forte concentration démographique (densité moyenne de 4646 habitants au km² en 2009) dans cet espace peu étendu (550km²) et une diversité des origines et des cultures.

⁴⁶ Selon l'ESAM II, en 2002, le monde rural sénégalais a enregistré 53,5% des départs contre 46,5% pour le milieu urbain. La ville de Dakar a accueilli 877 330 personnes pour la même période contre 720 466 départs.

Cependant, du fait de l'exigüité du territoire et de la faiblesse des infrastructures d'accueil, la ville connaît de dysfonctionnements en matière de mobilité (Godard, 2002), d'urbanisation et d'aménagement avec l'apparition et le développement de quartiers spontanés et de l'habitat précaire, mais aussi de la promiscuité et d'inondations dans certains quartiers populaires de la banlieue dakaroise (Kaly, 2010).

En outre, comme dans la plupart des grands centres urbains d'Afrique subsaharienne, les populations de l'agglomération sont confrontées à des problèmes de chômage et de revenus. La population active est estimée à 1 325 704 personnes, mais seule une petite minorité exerce dans les secteurs modernes (administration publique⁴⁷ et le privé).

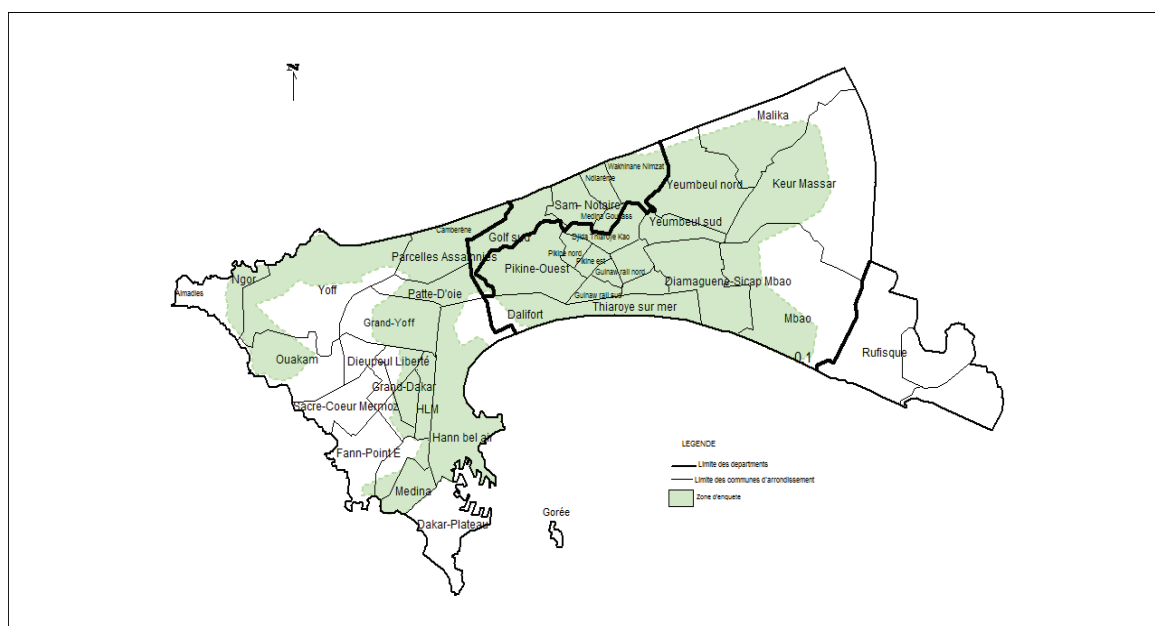
La grande majorité des travailleurs est employée dans le secteur de la petite production marchande et des services (Niang A. , 1996), où ils exercent des activités faiblement rémunérées et sont souvent exclus des protections institutionnalisées. « Pour se faire soigner et pour subvenir, en cas d'incapacité de travailler, à leurs besoins quotidiens, ces populations doivent compter sur leurs propres ressources, sur la solidarité des proches et sur les liens tissés au sein de leur communauté de résidence, de confession, de convivialité » (Baumann, 2010, p. 1).

En somme, notre recherche s'est déroulée à Dakar, une ville caractérisée par une histoire démographique, urbaine, politique, sociale et économique particulière. Le bâtiment est « omniprésent » dans la vie des Dakarois en ce sens que la ville se situe dans une dynamique de modernisation et d'expansion et que les métiers du BTP permettent à de nombreuses personnes et familles de survivre et d'échapper à l'extrême pauvreté.

Faire une étude sur cette zone demande certainement que l'on s'intéresse à l'ensemble de la ville puisque l'espace, l'histoire et le vécu des populations peuvent différer selon le quartier, l'origine, la culture et le revenu. L'enquête de terrain s'est déroulée pratiquement sur trois-quarts de la région et précisément dans les départements de Pikine, Dakar et Guédiawaye. Ce champ d'étude correspond à une large zone étendue sur presque toute la banlieue comme le montre la carte 4 suivante.

⁴⁷ L'effectif des agents de l'administration publique est estimé à 84 697 en 2010. En février 2013, le gouvernement a décidé de recruter 5591 agents pour l'année 2013. Voir la décision en ligne consulté le 22 février 2013 sur le l'url : <http://www.demarches.gouv.sn/textes/d-liste-besoin-domaine-recrutement-fonction-publique.pdf>

Carte 4 : Zones d'étude et d'enquête



Source : PSOBD (2010)

Sur le plan administratif, la zone d'étude comprend 27 communes d'arrondissement sur les 40 de la région et 121 îlots⁴⁸. Toutefois, l'enquête ne s'est pas déroulée dans tous les quartiers parce que pour des raisons pratiques nous avons ciblé les milieux de résidence et d'activités des ouvriers. Ainsi, seuls les quartiers populaires ont fait l'objet d'étude car ils constituent les lieux de résidence et d'activité de populations à faibles revenus, tels les ouvriers et autres acteurs du secteur informel⁴⁹.

Au niveau **du département de Dakar**, la zone d'enquête correspond à la banlieue proche, c'est-à-dire les communes et quartiers périphériques du centre-ville (Plateau). Ce sont les communes de la Medina, de Fass-Colobane-Gueule Tapée, de Ouakam et Ngor, de Grand Dakar, des SICAP Liberté, de Hann, de Castor et Derklé, de Grand Yoff.

Cet espace géographique concentre une grande part des infrastructures socio-économiques et politiques de base et accueille les populations de classe moyenne. Les populations s'adonnent à toutes les activités avec une présence massive dans la petite production marchande. L'habitat est de type moderne avec des constructions en pavillons et en immeubles.

⁴⁸ Un îlot est constitué par plusieurs quartiers.

⁴⁹ La zone d'enquête correspond à l'aire géographique en couleur verte sur la carte n°4.

Dans le département de Pikine, notre enquête s'est déroulée dans toutes les communes d'arrondissement à l'exception de Thiaroye-sur-mer (zone industrielle), soit 15 des 16 communes d'arrondissements.

La zone de Pikine est l'une des plus vastes et la plus peuplée de la région avec environ un tiers de la population urbaine. La ville couvre la zone allant de l'ancienne Pikine (Dagoudane) et Thiaroye à Mbao jusqu'aux dunes des *niayes* (Yeumbeul, Malika et Keur Massar) (Diop A. , 2006) soit une superficie de 95 km² (9500 ha). La zone de Pikine a été créée en 1952 pour accueillir les populations défavorisées, délogées des quartiers proches du centre-ville (le plateau) comme Medina, Rebeuss, Gibraltar, Colobane (Vernière, 1973,) suite à des projets d'aménagement urbain de la capitale. En fait, depuis sa création, Pikine joue un rôle de trait d'union entre la capitale et les immigrants des régions intérieures ou de pays limitrophes en accueillant les populations et en leur permettant de s'intégrer dans le tissu social, malgré l'insuffisance voire l'inexistence d'infrastructures sociales d'accueil (Faye & Thioub, 2003).

Pendant très longtemps Pikine et Guédiawaye n'ont formé qu'une seule entité administrative (le département de Pikine), et ce n'est qu'à partir des années 2000 que Guédiawaye est érigé en département autonome⁵⁰.

Aujourd'hui, le **département de Guédiawaye** est réuni autour d'un arrondissement et compte cinq communes d'arrondissements (Golf, Sam notaire, Ndiarème Limamoulaye, Médina Gounas, Wakhinane Nimzatt)⁵¹. Ses limites territoriales sont les mêmes que celles fixées pour la ville en 1990⁵².

Toutefois, malgré la décentralisation et la responsabilisation des autorités en matière de développement local, Guédiawaye souffre d'absence d'infrastructures économiques et sociales de base.

Actuellement, la ville de Guédiawaye est densément peuplée avec des populations vivant souvent dans des conditions très difficiles. Le taux de chômage est assez important et la grande majorité des actifs se déplace quotidiennement en centre-ville ou dans la banlieue proche, telle Pikine, pour travailler dans les activités tertiaires (petit commerce, artisanat, transport).

⁵⁰ Décret n° 2002-167 du 21 février 2002 portant création de nouveaux départements.

⁵¹ Décret n° 96-745 du 30 août 1996 portant découpage de Guédiawaye en communes d'arrondissements.

⁵² Décret n° 90-1134 du 8 octobre 1990 portant érection de Guédiawaye et de Bargny en communes.

Enfin, de nombreux quartiers de Guédiawaye et Pikine sont spontanés ou irréguliers, construits dans des zones inondables; ce qui crée un grand nombre de difficultés aux populations pendant l'hivernage. En 2009 par exemple, dans ces départements, la plupart des communes d'arrondissement ont subi des inondations⁵³.

En définitive, cette étude s'est déroulée dans un cadre physique caractérisé par un environnement urbain dynamique avec notamment l'expansion de la ville de Dakar et l'émergence de nouvelles problématiques en matière d'aménagement et d'habitat urbain. Les lieux d'enquête sont en grande partie des zones populaires où résident des classes et des catégories à revenus moyens ou faibles.

II -2-2-Les stratégies de planification et de recueil des données quantitatives

La préparation et le recueil des données ont été facilités par un financement (bourse de mobilité sortante) obtenu auprès du Collège Doctoral International (CDI) de l'Université Européenne de Bretagne (UEB)⁵⁴ et par l'accueil du 1^{er} mars au 30 juin 2010 dans le Laboratoire Population Environnement et Développement (UMR151-LPED) du campus international de recherche IRD / UCAD (Sénégal).

La bourse de mobilité a permis de payer 10 enquêteurs et un superviseur pour garantir un recueil de données de qualité dans le temps et dans l'espace tandis que le laboratoire LPED a servi de structure d'accueil, d'intégration et d'encadrement pour cette recherche.

Les enquêteurs ont été choisis en tenant compte de leurs niveaux et de leurs domaines d'études (étudiants en master de sociologie), leurs connaissances des zones d'enquêtes, leurs expériences en matière d'enquête de terrain.

Le recueil de données a été effectué à l'aide d'un questionnaire de 5 pages comportant 80 questions. Il s'est déroulé en plusieurs phases dans la période comprise entre le 15 mars 2010 et le 1^{er} mai 2010.

⁵³ Dans son rapport de 2009 sur la *situation économique et sociale du Sénégal*, l'Ansd indique qu'« à Pikine, il a été décompté 371 quartiers pour 28 053 concessions inondées et à Guédiawaye 27 quartiers pour 1 587 concessions inondées. 360 000 personnes soit 44 % de la population sont affectées dans le département de Pikine et 22 000 personnes soit 7, 2 % dans le département de Guédiawaye ».

⁵⁴ Cette étude est financée en partie par la bourse de mobilité sortante (automne 2009) du Collège Doctoral International (CDI) de l'Université Européenne de Bretagne (UEB) pour une durée de 4 mois à Dakar.

- **La phase de repérage des lieux** (15 mars- 21 mars 2010)

La période de repérage du milieu d'enquête est souvent considérée comme le premier véritable contact avec l'environnement physique, social et humain de l'étude. Elle est très importante parce qu'elle permet au chercheur de préparer le recueil des données en identifiant les zones et les personnes ressources.

En ce qui concerne cette recherche, nous avons effectué entre le 15 mars et le 21 mars 2010 des visites dans plusieurs quartiers dans les quatre départements de la région de Dakar. Le but était de faciliter le recueil de l'information en permettant aux enquêteurs de gagner en efficacité et en efficience. Ainsi, le repérage des lieux a permis d'identifier les zones d'activités et de résidence des ouvriers, de prendre contact avec des personnes ressources (chefs de quartier, responsables de jeunes, ouvriers à la retraite) et de gagner en temps en respectant le chronogramme préétabli en rapport avec le séjour de terrain.

- **La phase de pré test du questionnaire** (le 08 et le 09 avril 2010)

Une fois terminée l'élaboration du questionnaire, nous avons procédé à un test sur un petit échantillon de vingt personnes dans quelques quartiers. L'objectif de ce test était de vérifier la pertinence et la cohérence du questionnaire, de mesurer la durée d'administration, et de permettre aux enquêteurs de se familiariser avec le questionnaire. Ce pré-test a permis de corriger certaines questions pour mieux les adapter au cadre socio-culturel et professionnel de la population cible.

- **La phase de recueil de données par questionnaire** (du 11 avril 2010 au 02 mai 2010)

L'enquête de terrain s'est déroulée dans trois départements de la région (Pikine, Dakar, Guédiawaye). Elle a mobilisé dix enquêteurs et un superviseur pendant une vingtaine de jours et a permis d'interroger 540 ouvriers du BTP comme le montre le tableau suivant.

Tableau 4 : Planification du recueil des données quantitatives

Phases	Date	Département ou ville	Nombre d'enquêteurs	Nombre de jour /quartier	TOTAL
1^{ère} phase	Du 11-04-10 Au 14-04-10	Pikine	10	4	192
2^{ème} phase					
Equipe1	Du 17-04-10 Au 19-04-10	Guédiawaye	10	3	180
Equipe 2	Du 30-04-10 Au 02-05-10				
3^{ème} phase	Du 15-04-10 Au 16-04-10	Dakar	10	2	120
Rattrapage 1	Le 25-04-10	Pikine	3	1	18
Rattrapage 2	Le 14 et 15 - 05-10	Dakar, Pikine Guédiawaye	6	1	30
TOTAL			10	9	540

Source: PSOBD (2010)

On peut voir dans ce tableau que le nombre de questionnaires varie selon les quartiers ou la ville. En effet, c'est à Guédiawaye et à Pikine que nous avons le plus administré de questionnaire avec respectivement 190 et 220 personnes interrogées contre 130 à Dakar. Cette variation du nombre d'enquêtés par quartier et/ou par ville est le résultat de la configuration de la zone d'étude et de la disponibilité des ouvriers. En effet, Guédiawaye et Pikine sont deux villes très peuplées de la banlieue. Les ouvriers y vivent et exercent leurs activités. Par contre, la ville de Dakar est une zone de commerce et d'administration qui abrite une classe moyenne.

Par ailleurs, nous avons choisi comme technique de passation de questionnaire l'administration directe ou en « face-à-face ». Ce mode de recueil de données est très pratique car il autorise une grande interaction entre les acteurs (l'enquêteur et l'enquêté) mais aussi offre la possibilité d'observer l'environnement de l'enquêté (lieu de résidence, de travail) (Parizot, 2010).

La passation du questionnaire s'est faite donc de façon individuelle et interactive entre l'ouvrier et l'enquêteur pour éviter que les réponses soient influencées, soufflées ou dictées par les collègues ou un membre de la famille.

Le recueil de données s'est effectué pendant la journée (9h-18h), en jours ouvrables et en fin de semaine. Par ailleurs, pour avoir plus de chance de trouver les ouvriers du bâtiment, nous nous sommes rendus dans les quartiers, sur leurs lieux de travail et à leurs domiciles. Les ouvriers ont été contactés de façon informelle et choisis au hasard dans les chantiers et dans les quartiers de résidence.

Les questionnaires ont été en majorité administrés par l'enquêteur au cours d'une entrevue, qui a souvent eu lieu en langue nationale (wolof, sérère, pulaar, manding, diola).

A la fin de la journée, nous procédions à la récupération de tous les questionnaires et faisons un point sur le déroulement de l'enquête et les difficultés rencontrées. Le but est de vérifier les questionnaires afin de veiller à la qualité des données recueillies d'une part, et de réagir face aux éventuelles difficultés rencontrées par les enquêteurs d'autre part. De même, pendant cette rencontre quotidienne, nous récupérons les questionnaires remplis afin de les saisir et les traiter dans le logiciel *Sphinx plus 2000*. Car, pour gagner en temps, nous avons choisi d'effectuer le traitement informatique en même temps que le recueil des données. L'avantage est de pouvoir réagir et de retourner le questionnaire dans un temps court en cas de données manquantes ou aberrantes.

- **La phase de retour de terrain** (05 mai-10 mai 2010)

Le recueil de données est une phase délicate au cours de laquelle, le chercheur tente d'obtenir des informations en quantité et qualité. Toutefois, pour diverses raisons, il arrive que les questionnaires ne soient pas bien remplis par les enquêteurs ou les enquêtés. Dès lors, si l'information manquante est indispensable, il faut nécessairement recommencer l'administration du questionnaire avec la personne concernée ou à défaut avec une autre personne répondant aux critères de l'échantillon.

S'agissant de notre enquête, après une vérification et un contrôle minutieux des questionnaires, nous avons procédé à un retour de terrain pour 30 questionnaires qui n'étaient pas suffisamment renseignés. Le retour de terrain a été facilité par la disponibilité des enquêteurs et par le fait que nous connaissions les adresses et les numéros de téléphone des personnes enquêtées.

II -2-3- La saisie, le traitement et la validation des données empiriques

La saisie des données s'est effectuée grâce au logiciel *sphinx plus 2000* qui est un outil complet de création, de traitement et d'analyse de données empiriques. Avec ce logiciel nous avons pu saisir les données grâce à l'existence d'une interface de saisie (masque de saisie) simple, rapide et efficace. De même, le traitement des données est automatique et *Sphinx plus 2000* est capable de les exporter sous une forme graphique, numérique ou alphanumérique. Aussi, le logiciel permet de convertir les données sous format « tableur » lisible pour des logiciels comme *Microsoft Excel*, *SPSS*, *SAS*, *R*, *STATA* et *Modalisa*.

Par ailleurs, nous avons préféré les graphiques créés sur *Microsoft Excel 2010*, logiciel qui donne une image plus esthétique et une meilleure présentation des données.

Enfin, nous avons procédé à un contrôle de la saisie sur un échantillon de 75 questionnaires dans le but de vérifier les éventuelles erreurs lors de la passation et de la saisie des questionnaires. En fait, toute base de données requiert un contrôle dit de qualité afin de valider les informations recueillies et donner à la recherche une dimension scientifique.

La taille de l'échantillon de contrôle de saisie ne s'inscrit pas dans une logique statistique particulière. Nous avons procédé à un contrôle sans fixer un taux ou un quota. Notre objectif est de vérifier la base de données afin de s'assurer de la qualité des données dont nous disposons et la validité scientifique des résultats.

Au total, après traitement, retour et reprise de certains questionnaires, nous avons finalement validé 531 questionnaires, lesquels constituent notre base de données sur laquelle s'effectuent toutes les analyses.

Dans le souci de perfectionner et d'affiner l'analyse statistique, nous avons utilisé le logiciel *SPSS 18* pour effectuer des tests de corrélation, de régression, mais aussi le recodage et le regroupement de variables. Ce logiciel très utilisé en sciences sociales permet de valoriser le volet quantitatif dans la recherche.

En ce qui concerne la présentation des données, **nous avons choisi de n'intégrer dans notre texte que les tableaux croisés et les graphiques statistiquement significatifs**, c'est-à-dire des illustrations dont les tests de dépendance ou d'indépendance indiquent une marge d'erreurs inférieure à 5% ($0,005 < p < 0,001$) ; autrement dit des résultats qui indiquent que le chercheur a entre 95% à 99% de chance que les calculs effectués ne soient pas le fait du hasard.

De plus, nous avons choisi de présenter les résultats des tests de khi-deux en indiquant toutes les données (la valeur du khi-deux, les degrés de liberté et le taux de significativité)⁵⁵.

Ce choix obéit à une volonté de rigueur scientifique mais aussi à une démarche de clarté et de facilité de lecture.

L'analyse porte sur l'ensemble des données, mais certains tableaux et graphiques simples (comportant moins de 4 variables) sont renvoyés en fin de document (annexe).

En outre, pour une meilleure lisibilité des documents, nous avons décidé d'arrondir à l'unité les pourcentages dans les tableaux et dans les graphiques. Aussi, nous avons fait un questionnaire avec des regroupements et non avec des chiffres bruts. En effet, nous avons regroupé certaines modalités, classes ou catégories pour plus de lisibilité et de significativité. « Cette réduction a du sens car ce qui est recherché ce n'est pas la qualité fine de la description mais c'est la production de tableaux croisés. Il faut donc rendre possible le croisement des variables entre elles, ce qui interdit un trop grand nombre de variables » (Singly de, 2012, p. 86). Ainsi les variables, telles l'âge, l'ethnie, la taille du ménage, le nombre d'enfants,...ont été regroupées dans des tableaux qui respectent les conditions de significativité (Chi2) et de pertinence. Le regroupement a l'avantage de faciliter la lisibilité grâce à une présentation simplifiée. Aussi, la technique permet de procéder à des tests statistiques plus significatifs et plus pertinents.

Toutefois, nous sommes conscients que le regroupement présente des inconvénients car il peut être réducteur et rendre difficile la réalisation de certains tests. Par exemple, pour cette étude, nous avons eu quelques difficultés à faire des régressions sur des variables regroupées. Cependant, procéder au regroupement nous a permis de mieux traiter les données et d'affiner l'analyse.

Enfin, en ce qui concerne les réponses multiples, nous avons choisi de ne porter l'analyse que sur les premières réponses. Ce choix est justifié par le fait que la première réponse est souvent la plus pertinente pour l'enquête mais aussi par le fait que nous avons eu des problèmes pour traiter les réponses multiples avec les logiciels.

⁵⁵ Nous avons retenu cette forme de présentation parce que d'une part le logiciel Sphinx 2000 présente comme tel les résultats des tests de Khi-deux et d'autre part, des chercheurs, universitaires comme Eric Debarbieux (Professeur d'Université, Président de l'Observatoire International de la Violence à l'Ecole) et Georges Fotinos (Docteur ès géographie, enseignant à l'Université François Rabelais de Tours) présentent comme tel les valeurs du Khi-deux par exemple dans leur enquête sur l'école (2012). Document en ligne consulté le 20 septembre 2013 sur l'url : http://www.snuipp.fr/IMG/pdf/enquete_Debarbieux.pdf

Pour ce qui concerne les non réponses et les réponses manquantes, nous avons choisi de les ignorer et de ne porter l'analyse que sur les réponses valides. Ce qui explique que les tableaux présentent des effectifs différents en total. En effet, nous avons des tableaux avec 531 individus et d'autres avec moins d'effectifs.

II -3- Les difficultés rencontrées

Au cours de cette étude nous avons rencontré de nombreux obstacles qui ont influencé, voire modifié les méthodes, techniques et stratégies définies tout au début de la recherche. Les difficultés rencontrées sont d'ordre technique et sont survenues au moment du recueil des données. Il s'agit principalement des difficultés de repérage et d'accessibilité des quartiers, du manque de disponibilité des personnes à enquêter et de la réticence à donner des informations sur certaines questions.

- **La disponibilité des enquêtés** : le recueil des données s'effectuant pendant la journée, aux heures de travail, les ouvriers sont dans les chantiers et souvent en pleine activité, ils n'ont donc pas assez de temps pour répondre aux différentes questions. En outre, aux heures d'enquêtes, les personnes cibles sont absentes de leur domicile et ne reviennent que très tard dans la nuit.

Il fallait que les enquêteurs reviennent et attendent la personne à enquêter ou s'ils ne le trouvaient pas après deux passages, ils devaient changer de personnes et choisir un autre ouvrier dans le quartier ou la zone.

- **Le repérage et l'accessibilité des quartiers** : à Dakar, dans certains endroits, la nomination administrative du quartier est différente des appellations populaires.

Exemple :

Dénomination populaire	Nom administratif
Yerakh	Hann
Ngaraf	Médina
Tinguéj	Rufisque

En outre, il se pose le problème de la délimitation géographique et sociale des quartiers car le découpage administratif du territoire ne correspond pas toujours à la réalité sociale (vécu des populations, représentations sociales). Ainsi, il est très fréquent de voir des populations se retrouver entre des quartiers ou ignorer même le nom du quartier.

Enfin, certains quartiers restent difficilement accessibles du fait d'un manque d'aménagement (Ouakam, Khar yalla, Ngor) et/ou du fait des inondations (Djidah Thiaroye Kao, Yeumbeul, Gounas, Darourahman).

- **La réticence à donner des informations sur certaines questions :** pendant l'enquête, certains ouvriers enquêtés préféraient ne pas répondre à certaines questions par choix personnel ou parce qu'ils jugeaient la question très gênante ou encore parce qu'ils ne pouvaient pas donner une information exacte sur la question. Il s'agit principalement des questions liées à la situation matrimoniale, aux revenus ou dépenses des ménages et à l'affiliation à la sécurité sociale.

Concernant, la situation matrimoniale, certains enquêtés ont refusé de préciser leur statut ou le nombre d'enfants. Ce refus peut s'expliquer par le fait que pour certaines croyances locales, le fait de donner le nombre d'enfants peut avoir des conséquences sur la durée de vie de ces derniers.

S'agissant des revenus et des dépenses personnelles ou des ménages, les personnes enquêtées étaient réticentes pour répondre. Cette réticence semble être liée à la difficulté d'estimer le revenu ou les dépenses du fait de l'irrégularité du revenu personnel ou parce qu'ils ignoraient les revenus des autres membres du ménage.

Pour finir, certaines personnes ressources ne souhaitent pas aborder les questions relatives aux cotisations sociales. C'est le cas de certains responsables d'entreprises du bâtiment qui refusent ou hésitent à donner des informations sur leurs versements aux structures d'assurance sociale.

CONCLUSION

En définitive, la définition du cadre méthodologique permet de comprendre dans quel contexte et comment les données sont planifiées, recueillies et traitées. Les méthodes et techniques utilisées donnent une valeur scientifique à l'étude et expliquent la nature et la qualité des informations. Toutefois, en raison de la nature du terrain, de la population cible, du temps de séjour et de l'insuffisance des moyens financiers, humains et techniques, les données recueillies ne sont pas exhaustives. De ce fait, elles ne se veulent pas statistiquement représentatives de l'ensemble des ouvriers du bâtiment au Sénégal. Les informations et les résultats obtenus sont simplement des outils d'analyse et de compréhension de la protection sociale au Sénégal.

Au total, la construction théorique et méthodologique a permis de mieux cerner l'objet d'étude et de montrer les stratégies, les techniques et les méthodes scientifiques adoptées pour obtenir, traiter et analyser les données portant sur les ouvriers du bâtiment à Dakar. Cependant, pour approfondir l'analyse, il est important de montrer le contexte de mise en place de la protection sociale au Sénégal et d'étudier les données recueillies sur le terrain.

DEUXIEME PARTIE : LA PROTECTION SOCIALE AU SENEGAL : CADRE ET CONTEXTE D'EVOLUTION

La protection sociale s'inscrit le plus souvent dans un contexte socio-économique particulier qui permet de justifier sa pertinence et sa légitimité. Ainsi, le régime sénégalais de protection sociale s'inscrit dans un cadre spécifique marqué par des difficultés socio-économiques, des stratégies politiques d'inspiration à la fois sociale et libérale et une vision moderne et universaliste de la protection sociale.

Cette deuxième partie de l'étude s'intéresse au contexte socio-économique de la mise en place et de l'évolution de la protection sociale au Sénégal.

L'étude du contexte socio-économique et sanitaire facilite la compréhension du taux de couverture sociale, les prestations et les stratégies des acteurs. De même, cela permet de répondre aux questions relatives à l'offre de soins et à la nécessité ou pas pour les ouvriers de s'affilier à une assurance santé.

La partie se subdivise en trois chapitres : d'abord dans le premier chapitre, il est question de l'analyse de la situation économique du Sénégal depuis l'indépendance avec les différentes politiques économiques et leurs conséquences sociales. Ce chapitre permet de mieux comprendre le contexte de pauvreté dans le pays et d'expliquer le niveau de précarité et de vulnérabilité économique et sanitaire des populations. Cette sous-partie tente d'apporter les clés d'analyse de la précarité économique et les besoins de santé dans les ménages au Sénégal.

Ensuite, le deuxième chapitre est consacré à l'analyse du système sanitaire et plus particulièrement aux différentes stratégies liées à l'accès aux soins et aux infrastructures sanitaires. Le texte présente le système de santé sénégalais en mettant en relief la structuration, les réformes, les offres, la carte sanitaire, le financement et la gestion des structures de santé. Ce chapitre permet de mieux comprendre les besoins en matière de santé et de répondre aux interrogations sur la nécessité de l'assurance santé au Sénégal.

En dernier lieu, dans le troisième chapitre, tout en montrant l'évolution de la protection sociale depuis la période coloniale, nous analysons le système sénégalais de sécurité sociale contemporain et la nouvelle stratégie nationale de protection sociale.

L'étude du modèle sénégalais permet d'appréhender les dysfonctionnements, les besoins, les stratégies et la faiblesse du taux de couverture et d'assurance maladie au Sénégal.

Ce chapitre est très important pour cette étude, car il permet de mieux expliquer les données de terrain, surtout en ce qui concerne la souscription, les prises en charges, les attentes et les stratégies des ouvriers en matière de prise en charge de la santé personnelle et familiale.

CHAPITRE III : LE CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE AU SENEGAL

Ce chapitre retrace l'évolution socio-économique du Sénégal depuis l'indépendance. Il s'intéresse aux diverses situations qu'a traversées le pays ces cinquante dernières années. Cette analyse socio-économique est indispensable pour comprendre la protection sociale puisque, les systèmes de protection sociale sont inséparables de l'évolution sociale, économique et démographique des Etats modernes en général et des pays africains en particulier. En effet, l'histoire économique et sociale du Sénégal permet de voir que ce pays, à l'instar de la plupart des pays africains du sud du Sahara, a connu une situation socio-économique très particulière, marquée tout au début par de grands projets d'investissements (1960-1980), puis une longue période de crise et d'ajustement (1980-2000) et de tentative de relance de l'économie (depuis 2000). Ces différentes phases ont eu une incidence très importante sur la productivité, le niveau de vie et le bien-être des populations.

III-1- Trajectoire économique du Sénégal : de la période d'investissement à la crise des années 1970

Dès les premières années d'indépendance, le premier gouvernement s'attelle à dégager une stratégie de développement avec l'élaboration d'un plan de développement économique et social (1960-1969) dont l'objectif est d'assurer un accroissement de la production intérieure brute à travers la construction d'une économie nationale s'appuyant sur un secteur agricole dynamique et un tissu industriel moderne (Tidjani & Gaye, 2002). Très vite, le gouvernement se lance dans de grands projets agricoles⁵⁶, industriels (industries cotonnières, mécaniques et transformations alimentaires) et de constructions d'infrastructures socio-économiques de base (écoles, structures sanitaires, logements de fonction, routes, ponts) alors que le pays n'a pas encore assuré son indépendance financière (Rocheteau, 1982).

⁵⁶ Projets de culture de coton au nord à Richard Toll (1961-1963) au Sénégal oriental et en haute Casamance dans le sud du pays.

Les investissements se succèdent, l'État s'amplifie avec un recrutement massif dans la fonction publique et les dettes s'ensuivent. Cependant, face à la réalité économico-sociale, l'objectif de croissance très ambitieux n'a jamais été atteint par exemple : « entre 1959 et 1965 le taux de croissance n'a été que de 5,6% alors que l'augmentation de la consommation des ménages était de 6,44% »⁵⁷. La faute est souvent imputée à des problèmes de financement (manque d'investissement du privé) et aux querelles politico-idéologiques à soubassements identitaires et anticolonialistes. Mais en réalité, l'objectif était difficile à atteindre, voire irréaliste.

Après dix ans de grands investissements, l'économie sénégalaise croît à un rythme moyen assez faible. En effet, avec les nombreux investissements à rentabilité différée, l'absence de rigueur dans la gestion publique, l'alourdissement considérable des charges publiques, l'économie va connaître une crise profonde qui sera renforcée par une sécheresse de sept ans (1968 à 1974), la chute des principaux produits d'exportation (l'arachide, le coton et le phosphate), et les chocs pétroliers mondiaux (1973 et 1979).

A la fin des années 1970, le Sénégal est dans une situation de déséquilibre macro-économique et financier assez important avec un taux de croissance proche de zéro et une dette publique très considérable. Les différents indicateurs de cette période montrent que l'économie sénégalaise est affaiblie et en très grande difficulté (Diagne & Daffe, 2002) comme on peut le voir dans le tableau macroéconomique suivant⁵⁸ :

- une croissance du PIB moyen de 2,2% contre un taux de croissance démographique de 2,7%,
- un taux de consommation finale supérieur ou égal à 100%,
- une inflation annuelle au-dessus de 15%,
- un taux d'investissement relativement faible à 15%,
- un taux d'épargne intérieure passé de 6% en 1960 à environ 2% en 1980,
- un déficit budgétaire de 12% du PIB avec une masse salariale absorbant plus de 50% des recettes courantes,
- une dette extérieure qui représente 32% des exportations en 1979/80,
- un déficit commercial en 1981 de 125 milliards de FCFA.

⁵⁷ Bassirou Tidjani et Adama Gaye, Op.cit., p. 32.

⁵⁸ Ces données se trouvent dans un document intitulé *Stratégie de Croissance Accélérée : présentation résumée*. Le document est préparé par le Gouvernement du Sénégal pour la réunion du comité national de pilotage de la SCA le vendredi 26 janvier 2007 à Dakar. (En ligne). Consulté le 24 juillet 2013 et disponible sur l'url : www.senegal-entreprises.net/3-download/resume-SCA.doc. Les mêmes données sont disponibles 24 juillet 2013 sur le site du Ministère des finances du Sénégal à l'adresse : <http://www.finances.gouv.sn/PrintableVersion.php?Module=PageComposer&Id=13>

Avec ces indicateurs, l'économie sénégalaise ne pouvait plus soutenir un développement économique et social durable sans restaurer ce déséquilibre macro-économique très considérable. Ainsi, les autorités vont faire appel aux institutions financières internationales (Banque Mondiale, Fonds Monétaire International) pour tenter d'abord de stabiliser l'économie, ensuite de restaurer l'équilibre macro-économique et financier et enfin, de relancer la croissance par des politiques agricoles, industrielles et commerciales spécifiques.

III-2- L'ajustement structurel au Sénégal : une vision libérale inadaptée

Après seulement vingt ans de souveraineté, la plupart des pays africains du sud du Sahara se sont montrés incapables d'amorcer un développement économique à travers une croissance de l'économie et la gestion des déficits budgétaires et commerciaux. En effet, face à l'échec des politiques de développement lancées au lendemain des indépendances, l'économie de la majorité des pays africains, à la fin des années 1970, a besoin d'intervention pour éviter une faillite générale des États concernés. C'est dans ce contexte que des stratégies sont élaborées et mises en exécution pour la première fois afin de « sauver » les économies en difficulté dans les pays africains. Le Sénégal sera parmi les pays pilotes qui vont tester et mettre en exécution ces mesures d'austérité que sont les Programmes d'Ajustement Structurel (PAS). La politique d'ajustement s'est faite suivant des objectifs que sont le rétablissement des grands équilibres macro-économiques et financiers, la maîtrise de l'inflation et la réalisation d'une croissance économique saine et durable.

Après dix ans d'ajustement, le gouvernement effectue une vaste enquête sur l'incidence de la rigueur sur la population⁵⁹. Les données de cette étude montrent un taux de chômage très élevé (27%) dans la région de Dakar, une population essentiellement agricole et un faible taux d'emploi dans les secteurs modernes (administration et privé),

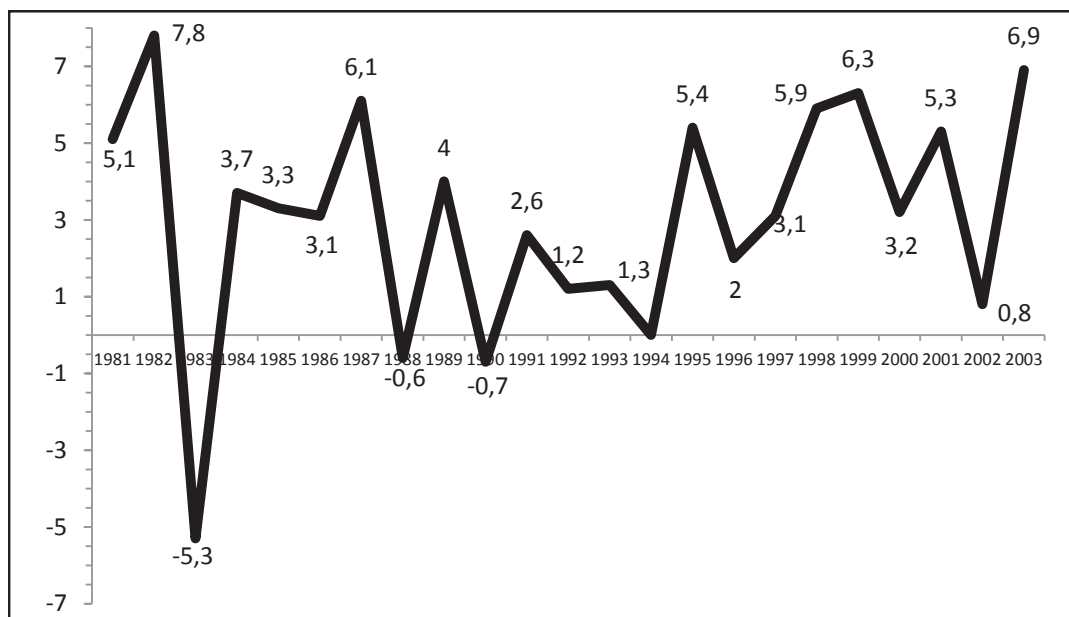
⁵⁹ Enquête sur les priorités (ESP) effectuée par la Direction de la Prévision et des Statistiques entre 1991-1992 sur un échantillon de 9960 ménages. Cette étude s'inscrit dans le cadre du programme sur les dimensions sociales de l'ajustement et vise trois objectifs : produire des indicateurs socio-économiques sur les conditions de vie des populations, identifier les groupes socio-économiques qui composent la population et parmi ceux-ci les groupes les plus vulnérables, fournir des informations permettant d'assister les pouvoirs publics dans la formulation et la mise en œuvre des politiques intégrant les dimensions sociales de l'ajustement et du développement.

l'accès aux infrastructures de base (eau, électricité, santé, éducation) reste limité et de grandes disparités sont notées entre les milieux urbains et ruraux.

Les différentes mesures ont certes permis d'atteindre quelques objectifs en matière de croissance, d'équilibre des dépenses publiques, de diminution de l'inflation, de réduction de la dette et de relance de l'économie. Cependant, malgré ces différents programmes d'ajustement et la volonté politique des gouvernements successifs (Diagne, 2004) avec le soutien des institutions internationales (FMI, BM) et de certains pays développés (France, USA), le niveau de vie des populations n'a pas beaucoup évolué (Hugon, 1989, p. 67). En fait, « le FMI a sous-estimé le coût politique et social à long terme de mesures qui ont ravagé la classe moyenne pour enrichir une toute petite élite et surestimé les bénéfices de ses mesures néolibérales » (Stiglitz, 2002, p. 121). La conséquence est qu'une grande masse de la population urbaine et rurale vit une situation de pauvreté ou d'extrême pauvreté. Les politiques économiques ont eu pour conséquences des années de rigueur budgétaire sans pour autant renouer avec la croissance escomptée ni améliorer les conditions de vie des populations dans les centres urbains et dans les villages (Minvielle, Diop, & Niang, 2005, p. 167).

A titre d'exemple, le PIB est passé, de 1981 à 2003, de 5,1% à 6,9% (Dps, 2003-2004) avec des taux nuls, voire négatifs certaines années (1983 ; 1988 ; 1990) comme le montre la courbe d'évolution dans le graphique suivant.

Graphique 4 : Evolution du PIB du Sénégal entre 1981 et 2003



Source : Direction de la Prévision et des Statistiques (DPS)

Sur le plan social, les différentes données issues des enquêtes auprès des ménages (ESAM 1 en 1994-1995 et ESAM II, (2001-2002), EPPS en 2001) indiquent que plus de la moitié de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (Diallo & Moussa, 2010) (fixé à 2400 calories, par équivalent adulte et par jour)⁶⁰. En outre, l'enquête de perception de la pauvreté au Sénégal (EPPS, 2001), indique que 65 % des ménages se disent pauvres et considèrent que la pauvreté s'est aggravée au cours des cinq dernières années.

La crise n'a pas simplement eu pour conséquence d'appauvrir les ménages, elle a contribué à modifier profondément la structure de la famille en Afrique subsaharienne. En effet, avec les difficultés socio-économiques, certains phénomènes tels la solidarité, la parenté, le mariage ou la famille sont perturbés, notamment avec le développement des unions intéressées ou arrangées, la circulation et le placement des enfants (confiage) (Jonckers D. , 1997) la féminisation du statut de chef de ménages (Bop, 1996), la fréquence des ruptures conjugales (Antoine & Djire, 1998), le développement de la monoparentalité et la remise en cause des solidarités familiales. Tous ces facteurs ont contribué à perturber l'institution familiale africaine, surtout dans les zones urbaines (Vimard, 1997).

Dans le domaine de la santé, les résultats issus de l'EPPS (2001) montrent une difficulté dans l'accès aux soins et aux infrastructures de santé, une persistance des maladies (paludisme, diarrhée, sida), de la malnutrition et un taux de mortalité infanto-juvénile encore élevé.

A la sortie de cette longue phase d'ajustement, l'économie sénégalaise reste encore très faible puisque le pays fait partie des pays pauvres très endettés (PPTE). Les raisons d'une telle crise économique s'explique par la faiblesse des exportations, l'absence de diversification de l'économie (arachide, coton, phosphates), l'insuffisance de l'épargne intérieure et de l'investissement, le poids du secteur de la petite production marchande et la dépendance énergétique.

Ainsi, le soutien des institutions internationales issu d'une vision libérale n'a presque pas permis d'atteindre les résultats escomptés aussi bien dans le domaine économique que dans le domaine social. Joseph Stiglitz montre d'ailleurs que cette situation est due aux politiques et mesures économiques austères et très dogmatiques (fanatisme du marché) imposées à travers un « diktat » des puissances économiques occidentales

⁶⁰ Selon les données de l'Ansd, le taux de pauvreté était 69,7% en 1994 (ESAM1) et de 57,1% en 2001 (ESAM 2).

comme les Etats-Unis mais aussi différentes multinationales appartenant aux sept pays les plus riches du monde (les pays du G7)⁶¹ (Stiglitz, 2002). Selon l'auteur, pour faire face à la crise financière en Asie (en 1997) ou pour restaurer l'équilibre macro-économique des pays africains lourdement endettés, le FMI et la Banque Mondiale utilisent toujours la même « thérapeutique libérale » issue du « consensus de Washington »⁶² à savoir : lutte contre l'inflation, privatisations, rigueur budgétaire, ouverture des marchés, austérité fiscale et réduction des investissements sociaux. Cette stratégie au lieu de résoudre la crise des pays concernés, contribue plutôt à les maintenir dans la pauvreté, la misère et le sous-développement. Joseph Stiglitz fait remarquer que dans la plupart des pays qui ont appliqué les politiques imposées par le "consensus de Washington, le développement a été lent, et, là où il y a eu croissance, ses bénéfices n'ont pas été également partagés⁶³.

En revanche, des pays qui n'ont pas eu recours au soutien du FMI ou de la Banque Mondiale (Chine, Inde, Pologne, Malaisie) ont pu amorcer un développement économique avec des taux de croissance économique très positifs. Stiglitz affirme que les résultats négatifs obtenus dans les pays à ajustement économique ne résultent pas d'un complot des puissances économiques, mais découlent d'un effet pervers issu du mode d'organisation et de fonctionnement même des institutions financières internationales, tel le FMI, que l'auteur considère comme archaïque (avec une mentalité colonisatrice), inefficace, antidémocratique (manque de transparence dans la gestion), capitaliste (vision néo-libérale) et à la solde de la finance mondiale. Or le capitalisme d'aujourd'hui est un impérialisme où les pays riches fonctionnent selon le libre-échange à l'intérieur de leurs espaces économiques et adoptent le protectionnisme envers les pays pauvres qu'ils empêchent, à travers des règles et normes restrictives (barrières douanières, démocratie et bonne gouvernance, respect des droits de l'homme), de pénétrer le marché occidental (Ziegler, 2002) ou de jouer leurs rôles dans la mondialisation (Diouf M. , 2002).

⁶¹ Les pays membres du G7 sont: Etats-Unis, Japon, Allemagne, Italie, France, Grande-Bretagne, Canada.

⁶² Le consensus de Washington est une théorie élaborée en 1989 par l'économiste américain John Williamson qui comporte dix propositions pour aider les pays en difficulté économique à sortir de la crise. Il s'agit : 1-une stricte discipline budgétaire ; 2- d'une réorientation des dépenses publiques vers des secteurs sociaux 3-une réforme fiscale;4-une libéralisation financière ; 5-une adoption d'un taux de change unique et compétitif ; 6-une libéralisation des échanges (commerce) ; 7-une libéralisation des investissements directs de l'étranger ;8-une privatisation des monopoles ou participations de l'Etat ;9-une déréglementation des marchés (par l'abolition des barrières à l'entrée ou à la sortie) ;10- une protection des droits de propriété.

⁶³ Joseph Stiglitz, op. Cit. p. 123.

Cette discrimination, non seulement ne contribue pas à la prospérité continue de l'Occident au détriment des pays du Tiers-Monde⁶⁴ mais elle génère aussi des inégalités et des frustrations dans les pays du Sud (Ziegler, 2008).

III-3- La stratégie de relance de la croissance et de réduction de la pauvreté

A l'aube de l'an 2000, après vingt ans d'ajustement, l'économie sénégalaise a retrouvé un certain équilibre sur le plan macro-économique malgré une croissance encore faible (Berthelemy, Seck, & Vourc'h, 1996). Cependant, sur le plan micro-économique, les populations n'ont pas senti une grande évolution dans leur vie quotidienne (Castel & Hugon, 1995). Au contraire, avec les mesures d'austérité imposées par les PAS, le chômage s'est accru, la pauvreté reste significative dans beaucoup de ménages et l'accès aux infrastructures de base est devenu très difficile. Car, « si des résultats ont été obtenus au niveau des déficits courants des balances de paiements et budgétaires, les progrès au niveau de la croissance sont dans l'ensemble faibles et fortement négatifs au niveau des services sociaux essentiels » (Hugon, 1989).

Pour sortir de cette situation, le Sénégal s'est engagé dans une nouvelle approche de développement intégrant croissance économique (Stratégie de Croissance Accélérée) et réduction de la pauvreté (*Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté*) dans une vision globale d'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Cette stratégie est justifiée par le fait qu'en dépit de longs efforts d'ajustement, le taux d'investissement est resté relativement moyen (autour de 12%) (Diagne & Daffe, 2002), ce qui ne permet pas à la croissance d'être pro pauvre (Cabral, 2009). En outre, le rythme de réduction de la pauvreté entre 1994 et 2001 est insuffisant pour espérer réduire de moitié la pauvreté à l'horizon 2015.

Les objectifs de la Stratégie de Croissance Accélérée (SCA), consistent à atteindre un taux de croissance à 7 et 8% nécessaire pour permettre à la majorité de la population de sortir de la pauvreté, doubler le PIB sur 10 ans, contenir l'inflation à 3%, doubler le PIB par habitant sur 15 ans et maîtriser le déficit budgétaire en le limitant à 2% du PIB en 2015.

⁶⁴ Selon l'enquête effectuée par le Sénégal et la Banque Mondiale en 2004, la part de la population en situation de pauvreté au niveau national a diminué de 67,9% en 1994-95 à 57,1% en 2001-02, ce qui représente une réduction de 10,8 points de pourcentage. (Voir le document intitulé : *la pauvreté au Sénégal : de la dévaluation de 1994 à 2001-2002*. Version préliminaire. Janvier 2004, 31 p. Disponible en ligne consulté le 28 février 2013 à l'url suivant : http://www.ansd.sn/publications/rapports_enquetes_etudes/etudes/Pauvrete_Senegal_1994_2002.pdf

Les données macro-économiques obtenues pendant la période d'exécution de la SCA montrent que le Sénégal a réussi à relancer l'économie et à maintenir le taux de croissance aux alentours de 5% et à maîtriser le solde budgétaire (-4,3%) et l'inflation (1,8%).

Cet effort de relance économique va être poursuivi à travers une nouvelle initiative des institutions financières internationales (FMI, Banque Mondiale) et intitulée *Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP)*. Cette politique mise en œuvre un peu partout en Afrique de l'ouest (Guinée, Niger, Mali, Burkina Faso, Benin, Togo) vise à corriger les effets des programmes d'ajustements en plaçant la pauvreté au centre des préoccupations gouvernementales. La philosophie du document (DSRP) est fondée sur le lien supposé entre la stabilité macro-économique, la croissance et la réduction de la pauvreté. En effet, pour réduire la pauvreté il est nécessaire de créer des emplois pour permettre aux populations de disposer de revenus, de créer des ressources par l'investissement dans des activités rentables et génératrices de revenus. La stratégie de création de richesses repose sur une croissance économique forte et suffisante pour avoir un impact quantitatif substantiel sur la pauvreté en milieu rural et urbain.

Le DSRP est axée sur quelques leviers fondamentaux : la création de richesse (pour une croissance pro pauvre), le renforcement des capacités et la promotion des services sociaux de base de qualité (éducation, santé, eau potable et assainissement), l'amélioration des conditions de vie des groupes vulnérables (protection contre les risques naturels et sociaux), la bonne gouvernance, et l'implication des populations et des structures locales (décentralisation). L'investissement dans les différents domaines de l'économie permettra d'atteindre à moyen terme les objectifs de croissance de 7% et à long terme le développement économique et social. Ces objectifs fixés à l'horizon 2015 sont une croissance supérieure à 10%, un taux d'inflation inférieur à 3%, et un taux d'épargne (>25%) et d'investissement (>30%) double des années précédentes.

Par ailleurs, le DRSP prévoit de soutenir et de protéger les personnes et les groupes vulnérables face aux risques sociaux mais aussi aux risques et catastrophes naturelles.

Dans ce cadre est créée la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) et de gestion des risques et catastrophes naturelles. En effet, sans protection sociale, les ménages dépensent d'énormes ressources dans les domaines comme la santé ou l'entretien de la famille, ce qui contribue à diminuer les revenus des membres qui vivent en même temps une certaine précarité sociale.

Toutefois, la prise en compte de la vulnérabilité et de la protection sociale dans cette stratégie est une recommandation des institutions internationales (BM, FMI). En fait, ces institutions tentent souvent d'établir un lien entre les programmes de développement des États du sud et les objectifs du millénaire pour le développement. C'est pourquoi « on assiste à un glissement de la «lutte contre la pauvreté »vers l'impératif du «travail décent», terme qui englobe les protections sociales. (Baumann, 2010, p. 2). Aussi, les risques et catastrophes naturelles, tels les inondations, les incendies, la sécheresse ou l'invasion acridienne causent souvent des pertes économiques et humaines énormes⁶⁵, surtout pour les populations rurales vivant d'activités agricoles, et contribuent à appauvrir davantage les ménages.

Avec, la nouvelle stratégie de croissance, le Sénégal a fait des efforts dans le but de réduire la pauvreté et atteindre les OMD. Toutefois, ces initiatives ne font que prolonger les programmes de stabilisation et d'ajustement (Daffé, 2009) des années 1980 et 1990, en ce sens que le DSRP et le SCA font de la croissance et de la stabilité macro-économique les conditions absolues de la réduction de la pauvreté (approche des Institutions de Bretton Woods). En outre, le Document s'inscrit dans le cadre de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE)⁶⁶ et l'initiative d'allègement de la dette multilatérale (IADM) lancée par le FMI et la BM pour diminuer la pauvreté par la réduction de la dette (Jokung-Nguena, 2005). Les pays concernés s'engagent à respecter un certain nombre de conditions pour bénéficier de ces facilités. Or avec les PAS, il est établi qu'une approche basée sur la rigueur et les objectifs macro-économique n'est pas une meilleure solution face à la crise ou à la pauvreté.

Au Sénégal, les données issues de l'enquête de suivi de la pauvreté (ESPS 2005-2006)⁶⁷ indiquent que la situation a peu évolué durant la période d'exécution des stratégies

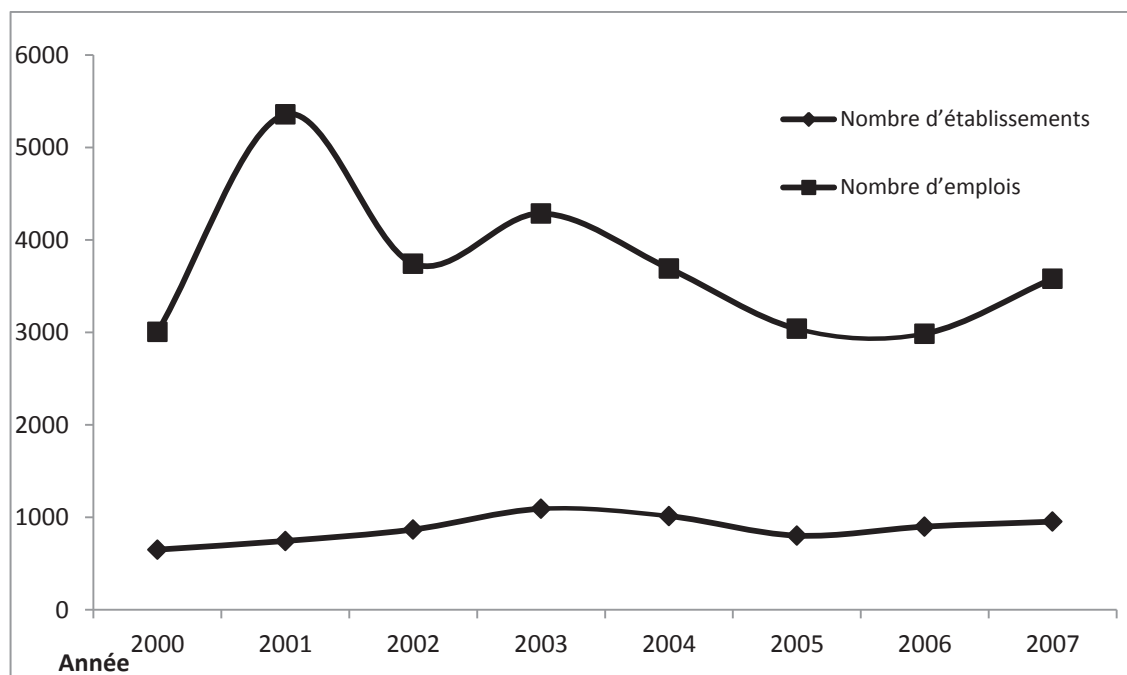
⁶⁵ Selon un rapport de la Banque Mondiale et des Nations Unies intitulé : *Natural Hazards, Unnatural Disasters: The Economics of effective Prévention*, publié en 2010, les catastrophes naturelles ont été à l'origine de 3,3 millions de mort dans le monde ces 40 dernières années soit 82.500 décès en moyenne par an et un million de personnes mortes à cause de catastrophes naturelles (sécheresse) rien qu'en Afrique.

⁶⁶ Ces conditions sont entre autres : Etre admissible à emprunter auprès de l'Agence Internationale de Développement de la Banque mondiale, -Donner la preuve que le pays a procédé à des réformes et mené une politique économique avisée dans le cadre de programmes appuyés par le FMI et la Banque mondiale. - Avoir élaboré un document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) suivant un vaste processus participatif au niveau national et local.

⁶⁷ L'enquête ESPS 2005-2006 a été financée par l'Agence du fonds de développement social (AFDS) et le Ministère de la Femme, de la Famille et du Développement Social (MFFDS) et exécutée par l'Agence Nationale de la Démographie et de la Statistique (ANDS). L'enquête portant sur 13 600 ménages, s'inscrit dans le cadre du programme global de suivi - évaluation de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP). Elle vise à analyser des indicateurs socio-économiques pour un suivi régulier de

de croissance. En effet, le taux d'occupation s'établit à environ 39 %, ce qui signifie que sur 100 personnes en âge de travailler, moins de 40 occupent un emploi. Cette situation est le résultat des insuffisances persistantes en matière de création d'emploi dans le secteur moderne ces dernières années comme on peut le voir dans le graphique suivant.

Graphique 5 : Evolution du nombre d'établissements et des emplois créés dans la région de Dakar entre 2000 et 2007



Source : SRSD de Dakar à partir des données fournies par le Service des Statistiques du Travail (SST) du MFPETOP.

On note une légère amélioration par rapport à l'ESAM1 de la perception et du vécu de la pauvreté. En revanche, la grande majorité des ménages estime qu'elle ne dispose pas de suffisamment de ressources pour couvrir leurs besoins, en matière d'alimentation, de logement, de santé et d'habillement (Fall A. S., 2008).

l'évolution de la pauvreté. Les informations collectées portent sur l'éducation, la santé, l'emploi, le patrimoine et le confort des ménages, l'accès aux services communautaires de base et les dépenses des ménages, le point de vue des populations sur leurs conditions de vie et leurs attentes envers l'Etat. Elle traite aussi des priorités et solutions pour la réduction de la pauvreté ainsi que de la perception que les populations ont des institutions.

CONCLUSION

Au total, l'étude du contexte socio-économique révèle que le Sénégal est confronté à des difficultés liées à la croissance, à l'investissement, à l'épargne. Toutefois, les gouvernements successifs ont essayé depuis le début des années 1980, sous la houlette des institutions financières internationales, d'asseoir une politique économique d'inspiration libérale, mais ces initiatives n'ont pas eu les effets escomptés.

Dans le chapitre suivant, nous allons voir comment se structure le système de santé au Sénégal et quelles sont les stratégies et les politiques mises en place pour permettre à la population d'accéder aux soins. L'étude du système sénégalais de santé permettra de comprendre la couverture sanitaire dans le pays, les besoins et les déterminants d'accès aux soins et éventuellement la protection sociale (stratégies, cibles, prestations).

CHAPITRE IV : LE SYSTEME DE SANTE AU SENEGAL

La santé est un élément fondamental dans un régime de protection sociale. Le système de santé sénégalais est relativement bien structuré et son fonctionnement bien défini par rapport à la stratégie nationale (PNDS), mondiale (OMD) et africaine (IB) en matière de santé. Cependant, malgré les efforts consentis ces dernières décennies pour une couverture sanitaire globale et de qualité, l'offre de soins reste assez limitée et les inégalités de santé augmentent surtout dans les zones populaires ou rurales.

Dans ce chapitre, nous allons analyser le système de santé du Sénégal dans l'objectif de mieux saisir sa structuration, son fonctionnement, ses dysfonctionnements et son mode de financement. Ce travail est important pour savoir si l'État, de par une politique peu cohérente dès la conception du système de santé ou par la faiblesse des moyens humains, financiers et techniques qui y consacrés, n'est pas le principal responsable de la faiblesse de la protection sociale.

Par ailleurs, les informations contenues dans cette étude vont renseigner sur le coût des soins pour les ménages sénégalais et les contraintes liés à l'accès dans les structures de santé. Ainsi, nous espérons répondre aux questionnements soulevés dans cette thèse et qui sont relatifs à la précarité sanitaire, à l'offre de soins et à la nécessité d'une sécurité sociale pour les travailleurs à risque comme les ouvriers du bâtiment.

IV-1- Le système sénégalais de santé

Au Sénégal, l'État est le garant de la santé des populations et la politique est arrêtée par le Chef de l'État et mise en œuvre par le Ministère qui a en charge la Santé.

Depuis l'indépendance, à travers le gouvernement et les autorités sanitaires, le Sénégal s'est toujours préoccupé du secteur de la santé. Cette préoccupation s'est traduite par la définition de la santé comme droit fondamental dans la constitution⁶⁸, l'élaboration de politiques et de programmes de santé⁶⁹, l'intégration des recommandations des rencontres internationales d'Alma Ata (1978) et de Bamako (1987), la prise en compte

⁶⁸ Article 8 de la constitution de la République du Sénégal du 22 janvier 2001.

des objectifs du millénaire (OMD) en matière de santé, le renforcement des structures sanitaires, la formation du personnel médical et la diversification de l'offre de soins. Néanmoins, malgré les efforts faits dans ce domaine, la crise économique et financière du pays à la fin des années 1970 et les programmes d'austérité qui ont suivi ont eu des incidences très considérables en ce qui concerne l'offre de soins.

Au début des années 1990, le Sénégal a entrepris sur recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) des réformes de son système sanitaire pour l'adapter aux besoins nationaux et aux recommandations internationales en matière de développement sanitaire et social (Alma Ata, Bamako, Hararé). En effet, lors de ces différentes rencontres, les spécialistes ont présenté des modèles d'organisation des systèmes sanitaires (système pyramidal, modèle hospitalo-centrisme et approche sélective) pour aider les pays africains, non seulement à sortir de la crise mais aussi à bâtir un système performant et durable.

IV -1-1- Le système public de santé sénégalais : un modèle en pyramide

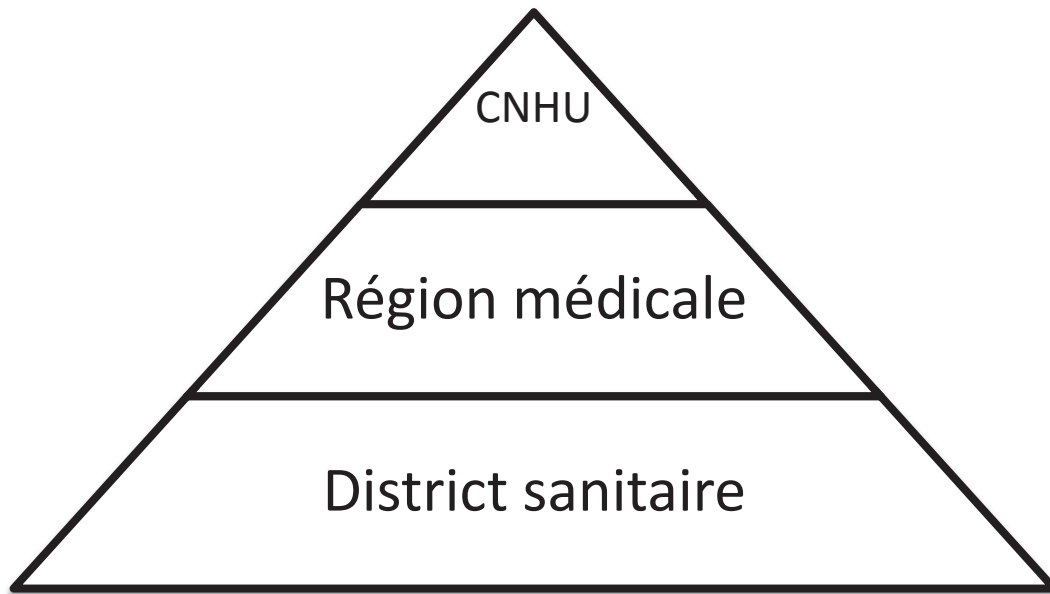
Les modèles d'organisation des systèmes de santé ont été proposés à Hararé en 1987. Il s'agit principalement de deux modèles dont l'un introduit le district sanitaire comme élément opérationnel (système pyramidal) et l'autre propose d'ouvrir l'hôpital aux soins de santé primaires (hospitalo-centrisme).

Le Sénégal a adopté le premier modèle qui se présente sous la forme d'une pyramide à trois niveaux : l'échelon central national (les centres hospitaliers nationaux), le niveau intermédiaire (les hôpitaux régionaux et les établissements publics de santé (EPS) de niveau 2 et l'échelon périphérique (les centres de santé, les postes de santé, les cases de santé et les maternités rurales)⁷⁰.

⁶⁹ Il s'agit de programmes quadriennaux et quinquennaux de santé, de la *Lettre de politique sectorielle de santé et d'action sociale*, de Plans Nationaux de Développement Sanitaire et Social (PNDS) et du Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS).

⁷⁰ Circulaire MSPAS n° 1753 du 15 mars 1991 portant l'organisation du système sanitaire au Sénégal.

Figure 2 : Structuration du système de santé du Sénégal



Source : PSOBD (2010)

Au sommet de la pyramide, on trouve les centres hospitaliers nationaux. Ces structures de catégorie 3 représentent les grands établissements publics de santé et sont dotées de la plupart des outils et technologies modernes en matière de santé (scanner, radiographie, laboratoires modernes, imagerie).

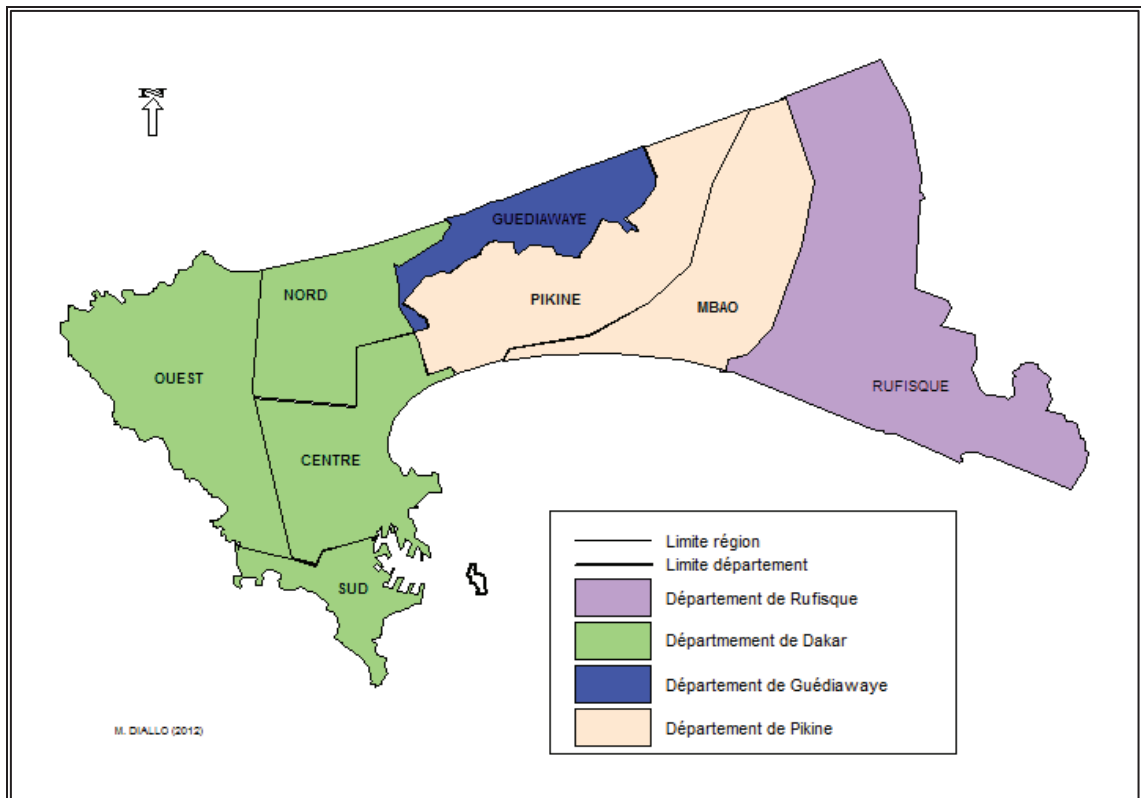
Au niveau intermédiaire, il y a des hôpitaux régionaux et les établissements publics de santé (EPS) de niveau 2 dépendant de la région médicale qui organise des soins aux populations dans les régions et les villes de l'intérieur.

Au niveau de l'échelon périphérique (base de la pyramide), il y a les structures de proximité que sont les centres de santé, les postes de santé, les cases de santé et les maternités rurales qui sont réunis autour du district sanitaire qui est assimilé à une zone opérationnelle de proximité⁷¹. Ces établissements offrent le plus souvent des soins et traitements peu complexes ne nécessitant pas des interventions ou la mobilisation d'énormes ressources (humaines, techniques, financières). Le district sanitaire occupe une place très importante dans cette organisation car c'est à ce niveau que sont mis en œuvre beaucoup de programmes de santé (Grodos, 2004).

⁷¹ Actuellement, le Sénégal compte soixante-neuf districts sanitaires polarisant plusieurs dizaines de centres, de centaines de postes et des milliers de cases de santé et de maternités rurales.

La région compte 8 districts dont la moitié est concentrée dans le département de Dakar, comme on peut le voir dans la carte suivante.

Carte 5 : Limites des districts sanitaires de la région de Dakar



Source : PSOBD (2010)

Cette organisation pyramidale correspond au découpage administratif avec la concentration des hôpitaux nationaux à la capitale, les hôpitaux régionaux dans les chefs lieu de région et les cases de santé, le plus souvent dans les communautés rurales.

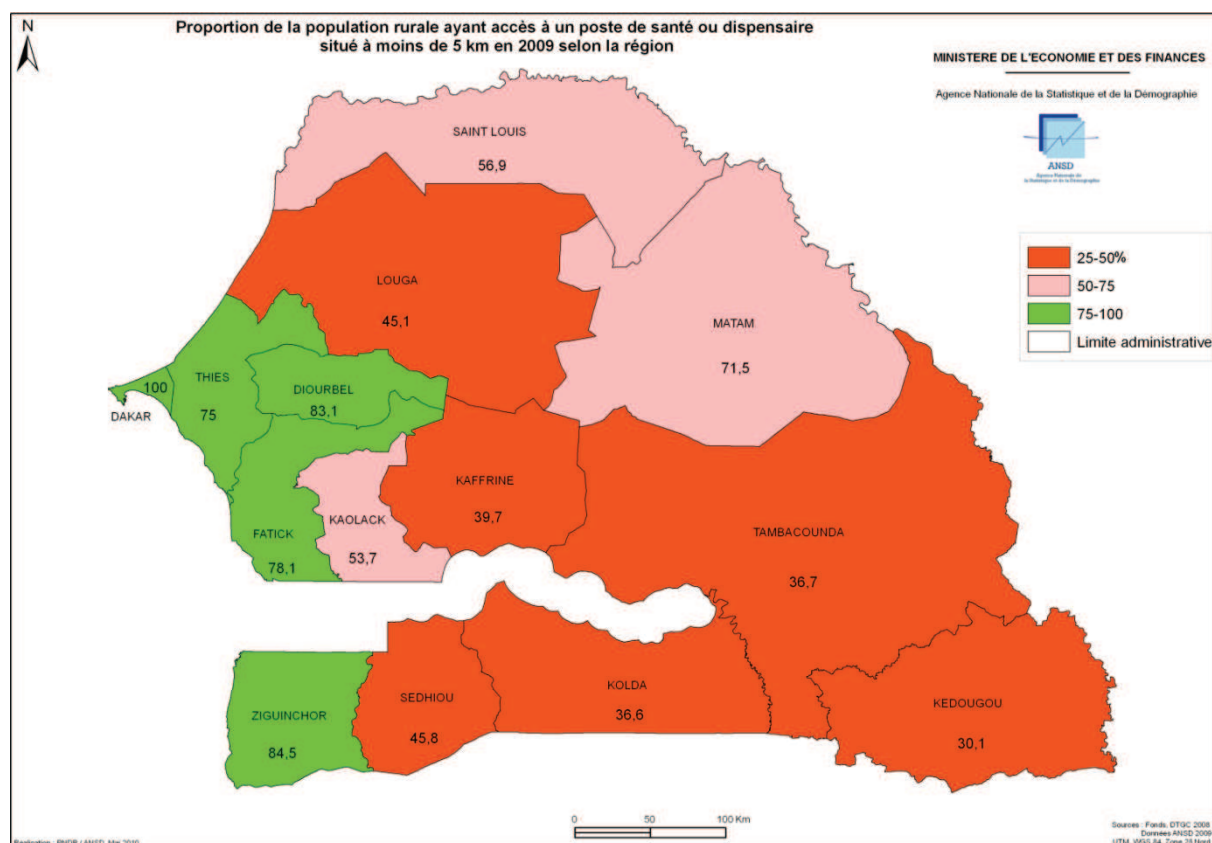
Pour ce qui concerne la gestion de ces unités sanitaires, il faut dire que les structures sanitaires sont administrativement bien organisées avec des responsables qui sont souvent des professionnels de santé, à l'exception des directeurs des Etablissements publics de niveau 3 qui sont le plus souvent des administrateurs.

Tableau 5 : Management des structures sanitaires au Sénégal

Types de structures	Responsables
Case de santé	Infirmière ou sage-femme
Poste de santé	Infirmier (e)
Centre de santé	Médecin chef
Hôpital régional	Médecin chef de région
Hôpital national	Directeur d'hôpital (administrateur)

Par exemple, au niveau du district sanitaire, « le médecin chef » conçoit et élabore un programme de santé adapté à sa zone médicale en fonction des infrastructures sanitaires et de la démographie » (Atchadé, 2013 , p. 102) tandis que l'infirmier chef de poste est responsable de la gestion de son unité et le directeur d'hôpital manage le personnel médical, administratif et la trésorerie de l'hôpital en fonction de la politique sanitaire définie. Cette structuration permet à l'État du Sénégal de couvrir presque toute la population et de quadriller le territoire en infrastructures sanitaires. En 2012, le Sénégal compte 34 hôpitaux, 89 centres de santé et 1 195 postes de santé, 76 Dispensaires Privés Catholiques et 1 603 cases de santé fonctionnelles. En fait, dans sa politique de facilitation de l'accès aux soins, le gouvernement et le ministère de la santé et de la prévention, suite aux différentes recommandations de l'OMS, ont décidé de décentraliser au maximum l'offre de soins aussi bien dans les zones urbaines (hôpitaux, cliniques) que rurales (cases de santé, postes de santé). Cette couverture permet à l'État de disposer d'une carte sanitaire assez complète et aux populations de disposer d'infrastructures de soins à proximité ainsi que du personnel soignant à travers tout le pays. Toutefois, comme le montre la carte 6 suivante, le taux d'accès aux soins dans les postes de santé et les dispensaires est assez variable suivant les milieux ruraux ou urbains.

Carte 6 : Taux d'accès aux structures de santé selon la région en 2009⁷²



La capitale et les centres urbains environnants (Thiès, Diourbel, Fatick) ont un taux d'accès se situant entre 75-100% tandis que dans les villes et les villages du centre et du sud-est (Kaffrine, Kolda, Tambacounda, Kédougou) le taux varie entre 30 et 45%. Malgré la construction de nouvelles structures de santé⁷³ et le recrutement de personnel médical les besoins restent importants pour atteindre les normes de l'OMS⁷⁴ car la majorité des infrastructures et du personnel se trouve dans la capitale qui abrite 41% des hôpitaux et 23,15% des centres de santé. Les villages de l'intérieur du pays ne sont pas suffisamment desservis ou équipés en ressources matérielles et humaines.

⁷² Carte extraite du document intitulé *les disparités géographiques de l'accès aux services sociaux de base au Sénégal : Rapport de l'Enquête Village 200 et 2009*, septembre 2011, p. 9. (En ligne). Consulté le 04 août 2013 sur l'url : http://www.ansd.sn/publications/rapports_enquetes_etudes/enquetes/Enquete_Village_2000-2009_Disparites_geographiques.pdf

⁷³ A partir de 2000, le Sénégal a réussi à construire et à équiper de nouveaux établissements sanitaires (3 hôpitaux, 19 centres de santé, 154 postes de santé et 1733 cases de santé).

⁷⁴ Selon les prévisions du Ministère de la Santé et de la Prévention, il faudrait construire 1612 postes de santé, 47 centres de santé et 19 hôpitaux et recruter 9543 agents pour combler le fossé et atteindre les normes de l'OMS en matière de couverture sanitaire.

Pour résorber le déficit d'offres de soins, l'État tente de rééquilibrer la pyramide sanitaire en rouvrant certains postes de santé fermés faute de ressources humaines suffisantes (Mbengue O. , 2011) et en érigeant certains districts sanitaires de référence en Etablissement Publics de santé de niveau⁷⁵. On peut se demander toutefois si cette requalification ne condamne pas les districts sanitaires et des services primaires de soins.

Par ailleurs, le coût de fonctionnement des structures sanitaires est souvent important (Guèye & al, 2005) et l'État ne peut pas financer et entretenir totalement et indéfiniment les structures sanitaires par manque de moyens. Ce qui explique les différentes réformes du système sanitaire dont l'objectif principal est de permettre aux établissements sanitaires d'être autonomes sur le plan administratif, de la gestion et du financement. Seulement, comme l'écrivent Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier De Sardan, une réforme tant du système de santé que des conduites de personnels de santé débouche toujours sur de plus vastes problèmes sociaux car en réalité la réforme n'est pas que technique, elle mêle le politique, l'idéologie, le social et le culturel (Jaffré & Sardan, 2003).

IV -1-2- Le système privé de santé : entre le social, le commercial et le traditionnel

Le système privé de santé sénégalais est assez développé puisqu'il comprend 413 structures dont 195 à Dakar (MSP, 2008). On distingue le privé commercial et le privé social. La médecine privée commerciale est constituée de cliniques privées, de cabinets médicaux et paramédicaux, d'officines qui sont pour l'essentiel concentrées dans la presque île du Cap-Vert.

Les tarifications dans ce secteur sont très élevées, ce qui constitue une grande difficulté pour les populations. En outre, la médecine d'entreprise est assez dynamique grâce à la législation en matière d'hygiène et de santé au travail qui oblige les employeurs à en créer une ou à adhérer à une structure médicale inter-entreprise.

La médecine sociale (non lucrative) comprend des centres d'œuvres sociales, des dispensaires et des hôpitaux ecclésiastiques. Ce sont des structures qui œuvrent dans l'humanitaire et le secours populaire (hôpital catholique Saint Jean de Dieu de Thiès)

⁷⁵ Décret n°2010-774 du 15 juin 2010 portant érection des centres de santé de référence en établissements de santé de niveau 1.

en offrent des prestations de soins dans de nombreux pays en Afrique subsaharienne (Gruénais, 2004).

Enfin, il existe une médecine traditionnelle reconnue et tolérée par l'Etat. Ce sont des personnes et structures qui utilisent les connaissances et des matériaux traditionnels (plantes, feuilles, racines, écorces) pour soigner les populations. L'OMS estime qu'en Afrique environ 80% de la population a recours à ce type de soins (Atchadé, 2013). Ce sont en général des guérisseurs traditionnels ou tradi-praticiens regroupés en une structure ou centre dans lequel ils offrent des soins aux populations (hôpital traditionnel de Keur Massar, centre Malango de Fatick). Cependant, en dehors, de ces centres reconnus par l'État, il existe comme partout ailleurs en Afrique (De Rosny, 1992) de nombreux religieux (marabouts, prêtres) guérisseurs qui exercent dans la clandestinité un peu partout dans les centres urbains. Leur nombre est indéfini, mais ils constituent souvent une alternative de soins pour les populations parce qu'ils sont moins chers, accessibles, réconfortants et qu'ils partagent les conceptions locales de la maladie et de la santé (Guissé, 2006).

IV -1-3- Le secteur pharmaceutique sénégalais

Le Sénégal dispose d'un système pharmaceutique assez bien organisé et très performant qui est bien intégré dans le système général de santé. Le dynamisme du secteur est favorisé par l'existence d'une politique pharmaceutique nationale dont la mission est d'assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments en quantité et en qualité à toute la population sur l'ensemble du territoire national. Par ailleurs, le secteur pharmaceutique national est très bien contrôlé et la réglementation qui s'effectue par le biais de l'Autorité Nationale de réglementation concerne : la fabrication, la distribution, le contrôle, l'ouverture d'officines et l'exercice du métier.

Actuellement, le secteur pharmaceutique sénégalais comprend une pharmacie nationale d'approvisionnement, des laboratoires, des officines privées et une pharmacopée traditionnelle.

La pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA) est la grande pharmacie publique. Elle est chargée d'importer, de stocker et de distribuer les médicaments dans les différents structures sanitaires du pays (hôpitaux, centre de santé, poste de santé, pharmacie). La PNA est financée et gérée par l'État qui en assure également le contrôle.

Sa mission est de garantir un accès en qualité et en quantité de médicament dans tout le pays et à toutes les structures publiques, privées du pays.

La PNA aussi joue le rôle de prévention en stockant les médicaments afin de garantir leur disponibilité en cas de pandémie ou d'épidémie.

Aujourd'hui, la PNA est érigée en établissement public de santé (EPS)⁷⁶ et de ce fait elle bénéficie d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics qui comptent sur elle pour maintenir en équilibre le système de santé du pays.

Le secteur pharmaceutique privé commercial est constitué de deux parties : les producteurs locaux (SIPOA Park Davis, Valdafrique) et les importateurs grossistes-répartiteurs (Laborex, Cophase, Sodipharm). En effet, le Sénégal importe plus de 90% de ses besoins en médicaments (Mbengue C. T., 2011). Ces entreprises approvisionnent un marché constitué de milliers de pharmacies privées dans le pays.

La gestion des entreprises pharmaceutiques est privée mais le secteur est contrôlé par le Ministère en charge de la santé à travers la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires et l'Ordre des pharmaciens⁷⁷ qui décident de l'octroi des licences d'ouvertures (visas) et veillent à une couverture géographique proportionnellement à la densité de la population⁷⁸.

Les officines travaillent souvent en collaboration avec des grands laboratoires (Laborex, COPHASE) qui jouent le rôle de grossiste et de distributeur et assurent la continuité de l'approvisionnement et le soutien aux clients (pharmacies). On trouve des officines pharmaceutiques privées partout dans le pays, même si la répartition est inégale suivant les régions et les villes avec une forte concentration d'officines dans la région de Dakar. Le Sénégal abrite également quelques laboratoires de fabrication de médicaments⁷⁹ qui sont souvent des filiales des grands groupes mondiaux⁸⁰, même s'il existe des structures nationales comme Soudipharma. Mais de façon générale, l'industrie de la pharmacie est très peu développée. Il existe simplement deux unités industrielles qui produisent des molécules médicamenteuses⁸¹ et une autre qui est spécialisée dans la parapharmacie.

⁷⁶ Décret n° 99-851 du 27 août 1999 portant érection de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement en Etablissement Public de Santé.

⁷⁷ Loi n°73-62 du 19 décembre 1973 portant création de l'Ordre des pharmaciens et Décret n°74-139 du 11 février 1974, portant application de la loi portant création de l'Ordre des pharmaciens.

⁷⁸ Selon l'arrêté n°02296 du 15 mars 2010 du Ministère de la Santé de la Prévention portant répartition des officines de pharmacie, la distance minimale à vol d'oiseau à observer entre les officines est de trois 300 mètres.

⁷⁹ SIPOA, Pfizer, CANONNE SA, Institut Pasteur.

⁸⁰ Rhône Poulenc Rorer, Warner Lambert, Aventis pharma, SOSECAF.

⁸¹ Aventis pharma et Pfizer.

Ce « désert industriel » s'explique entre autre par l'étroitesse du marché des consommateurs, les coûts élevés d'investissement et de production, l'absence de ressources humaines qualifiées dans ce domaine et le fléau de la contrefaçon (Dieng A. D., 2001) et du marché illicite (Fassin, 1985).

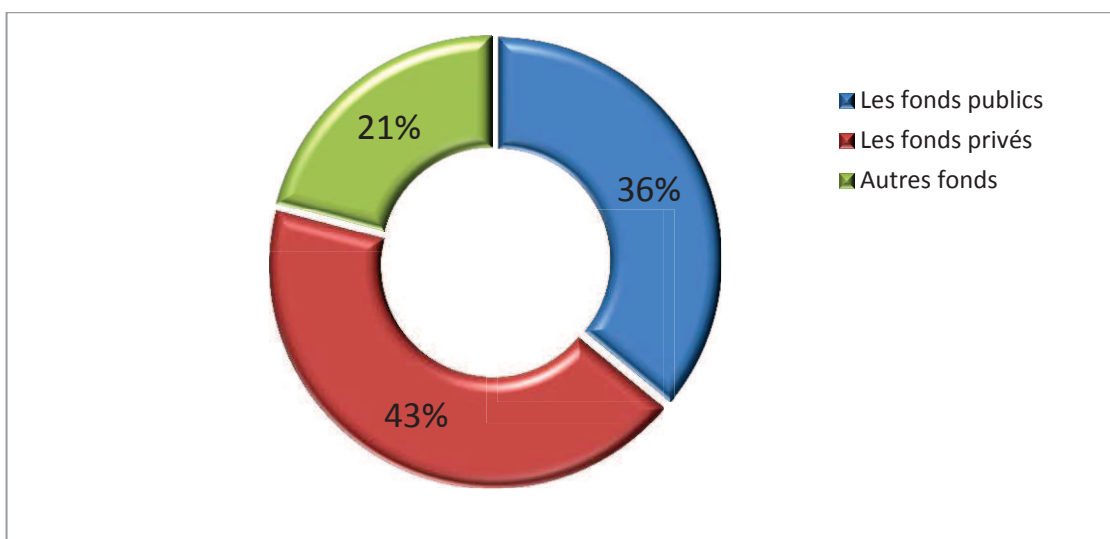
IV -3- Le financement de la santé

Au Sénégal, la santé est financée à la fois par l'État, les collectivités locales, les partenaires au développement et les populations.

IV -3- 1- Le financement public

Dans la plupart des pays, la santé est une affaire publique financée-et gérée en grande partie par l'État et les collectivités locales. En outre, ces derniers veillent à la protection sociale de citoyens en organisant et en participant au financement de l'assurance maladie. L'étude de la structure de financement du système de santé sénégalais montre que l'apport public est très important car l'État (91,4 milliards de FCFA soit 140 millions d'euros en 2005) est le deuxième financier derrière le privé (109,4 milliards de FCFA soit 167 millions d'euros) et devant les bailleurs extérieurs (coopération, ONG, et diaspora) avec 53,4 milliards de FCFA soit 81 millions d'euros (MSPHP/CAFSP, 2005).

Graphique 6 : Structure des sources de financement du système de santé



Source : MSPHP / CAFSP (2005)

En 2005, le secteur public gérait 134,3 milliards de FCFA (205 millions d'euros) soit 53% de la dépense nationale de Santé dont 78,2% est gérée par le Ministère de la Santé et de la Prévention, 8,6% par les autres ministères, 7,2% par les collectivités locales, 3,6% par le régime des fonctionnaires, 2,1% par les entreprises parapubliques et 0,3% par la CSS et l'IPRES.

De nos jours, l'État est incontournable pour ce qui concerne le financement de la santé, même si la part du budget alloué au secteur a fortement diminué, passant de 9% au début des années 1970 à 5% dans les années 1990 avant de connaître une hausse dans les années 2000. Ce déséquilibre financier s'explique par la diminution de la participation publique (surtout pendant la période d'ajustement structurel), une répartition inéquitable (Becker, Diakhaté, & Fall, 2008), une mauvaise gestion et une corruption au niveau des établissements sanitaires⁸². Ces différents éléments sont à l'origine de pénuries de médicaments, de consommables et de démotivation, tant du côté du personnel soignant que des patients. D'ailleurs, ces différents problèmes sont communs à la plupart des pays africains de l'Ouest comme le montrent les recherches effectuées à Niamey, Bamako, Abidjan, Conakry et Dakar (Jaffré & Sardan, 2003).

En effet, selon ces auteurs, le problème d'accès aux soins, les difficiles relations entre soignants et soignés, la corruption, le manque de professionnalisme (manquements aux normes médicales) des prestataires de soins, le détournement de médicaments, de matériels et les falsifications de factures et attestations médicales sont des pratiques très courantes dans les structures sanitaires africaines (Jaffré & Sardan, 2002). A cause de ces différents facteurs, les structures de soins sont devenues des systèmes inhospitaliers, voire discriminants, parce que producteurs d'inégalités.

Aujourd'hui, la santé est une des grandes priorités dans la stratégie nationale de réduction de la pauvreté et les investissements dans ce domaine augmentent tous les ans. A titre d'exemple, le budget de l'année 2011 est estimé à 106 milliards de FCFA (162 millions d'euros) (Sidy, 2010) soit 3,6 fois celui de l'année 2000⁸³.

⁸² L'USAID dans un rapport intitulé *évaluation de la corruption au Sénégal* (2007), considère le système de santé sénégalais comme « un secteur qu'on peut qualifier de "pathogène," où la corruption a une présence envahissante à tous les niveaux du système et où les usagers et membres de la communauté ne disposent pas d'un contrôle efficace sur les services médicaux publics. La corruption a tellement pénétré le système de santé qu'elle est perçue comme une procédure routinière dans le déroulement des opérations. », p. 29.

⁸³ Source : Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal.

IV -3- 2- La participation populaire : ticket modérateur ou contribution totale ?

Malgré la forte contribution de l'État dans le financement du système de santé, les structures sanitaires publiques connaissent encore d'énormes difficultés. Elles sont sous équipées, manquent de personnel suffisamment qualifié, de médicaments et de crédits indispensables à leur fonctionnement.

Pour continuer à exister, les structures sanitaires sur recommandation des institutions internationales ont recours à la participation populaire sous forme de ticket modérateur ou de contribution totale. Le recouvrement des coûts et services se fait en collaboration avec les populations qui se réunissent en comités de santé dans toutes les structures sanitaires (Cissé, 2002), de la case de santé à l'hôpital. Les ressources financières ainsi mobilisées servent à la construction d'infrastructures, d'achat de médicaments, à la subvention des soins et au paiement du personnel soignant. La participation populaire a permis au fil des années, de compenser le déficit du financement public et de favoriser l'accès aux soins d'une grande partie de la population urbaine et rurale.

Par ailleurs, le désengagement de l'État a permis l'émergence et le développement du secteur privé surtout dans les centres urbains. Le nombre de cabinets médicaux, d'officines privées s'est considérablement accru participant ainsi à l'élargissement de la couverture sanitaire.

CONCLUSION

En définitive, le système de santé sénégalais, est bien structuré et les efforts des différents acteurs (État, population, bailleurs de fonds) sont orientés vers la couverture universelle, l'accès et l'équité dans les soins. Grâce à la collaboration des différents acteurs, des résultats tangibles sont enregistrés dans le secteur de la santé, notamment l'éradication de certaines maladies comme la lèpre, l'onchocercose, le ver de Guinée, la poliomyélite et des résultats encourageants sont observables dans la lutte contre la tuberculose, le sida (gratuité du traitement et faible taux de prévalence), et le paludisme (gratuité de certains antipaludiques, recul du nombre des cas (Sané, 2009) et baisse de la mortalité (Kaly, 2009). Toutefois, le coût des soins demeure encore élevé, surtout dans les hôpitaux, et de nombreuses personnes éprouvent des difficultés pour prendre en charge leurs frais de soins en cas de maladie ou d'accidents. D'où la nécessité d'une protection globale à travers un système qui garantirait la prise en charge du risque santé

pour les catégories les plus exposées et les plus vulnérables comme les travailleurs du bâtiment. Car, ces derniers sont souvent victimes d'accidents et de maladies alors qu'ils sont dans leur majorité sans sécurité sociale.

Dans le chapitre suivant, nous étudierons le système de protection sociale au Sénégal en essayant de mettre en relief l'organisation et le fonctionnement du régime d'assurance maladie, ses limites et les opportunités qu'il pourrait offrir. L'objectif étant de comprendre les éléments structurels qui fondent le modèle sénégalais de protection sociale. L'analyse du système permet de mieux comprendre les dysfonctionnements et la faiblesse de couverture sociale actuelle. Elle peut aussi renseigner sur la nature des prestations et les taux de prise en charge ou de remboursement.

Finalement, étudier la protection sociale sénégalaise permettra de répondre à certaines questions de recherche et plus particulièrement sur celles portant sur l'efficacité du système et de son rôle dans la réduction de la précarité par la prise en charge médicale.

CHAPITRE V :

LE SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE AU SENEGAL

Le Sénégal comme la majorité des pays africains est confronté à l'absence de protection sociale. Depuis l'indépendance, les différents gouvernements ont tenté de mettre en place un système de protection sociale transversal axé sur la sécurité sociale et l'action sociale. Seulement cette stratégie connaît de nombreuses limites. Aujourd'hui, la protection sociale est de nouveau au centre des préoccupations des autorités politiques qui voient en elle un instrument de développement économique et social et un moyen de réduction de la pauvreté.

Ce chapitre analyse le régime sénégalais de protection sociale en montrant les différentes stratégies, politiques et mesures sociales ainsi que le rôle des différents acteurs qui interviennent dans la protection des populations. Dans cette partie, nous essayons de faire un diagnostic du système de protection sociale et plus particulièrement de la prévoyance santé au travail. L'idée est de trouver des éléments dysfonctionnels qui permettent d'expliquer la faiblesse du taux et du niveau de protection sociale au Sénégal. Pour ce faire, nous allons nous intéresser à la structuration et au financement du système pour voir si l'État, par une politique peu cohérente dès la conception du modèle, n'est pas le principal responsable de l'inefficacité du régime sénégalais de protection sociale.

V -1-Action et prévoyance sociale, les deux axes du régime sénégalais

Le régime sénégalais de protection sociale est bâti autour de deux axes : l'action sociale et l'assurance sociale. Ces deux éléments constituent les piliers du régime sénégalais et leurs rôles varient en fonction des catégories cibles, des ressources financières, humaines et techniques qui y sont consacrés.

V-1-1-La politique d'action sociale

Elle est fondée sur un système non contributif qui est directement assuré par l'État qui l'organise, le finance et le met en œuvre. Elle est menée en direction des groupes vulnérables. Il s'agit d'apporter assistance aux populations en situation difficile sur les plans économique et social, de favoriser l'insertion sociale des personnes handicapées, de promouvoir les associations locales, les établissements et centres d'accueil pour enfants déshérités, de mettre en œuvre des programmes en faveur de l'enfance déshéritée et de soutenir les personnes du troisième âge.

Pour mettre en pratique cette politique fondée sur la solidarité nationale, le Sénégal a commencé par se doter d'un cadre institutionnel capable d'élaborer, de mettre en œuvre et de contrôler les politiques et mesures sociales.

Ces dernières années, des mesures sont prises pour permettre à certains groupes dits vulnérables de bénéficier de soins grâce à une sorte d'assurance maladie mise en place par les pouvoirs publics. Il s'agit par exemple du fonds de garantie automobile pour les accidentés de la circulation, du *Plan sésame* pour les personnes du troisième âge, de la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, du service médical universitaire pour les étudiants, et de nombreuses gratuités pour le traitement et la prise en charge de maladies ou de besoins en matière de santé (paludisme, sida, tuberculose, césarienne, hémodialyse). Ces diverses mesures sociales sont gratuites pour les populations et sont exclusivement à la charge de l'État à travers un budget car il s'agit d'interventions sociales dans l'esprit d'Etat-providence.

Cependant, malgré l'initiative et la volonté politique de l'époque, les autorités n'ont pas pu atteindre les objectifs fixés dans cette politique. Les causes de l'échec sont à rechercher dans l'insuffisance des ressources humaines de qualité, le manque de vision à long terme de ces mesures avec l'élaboration d'une politique nationale de l'action sociale, la dispersion des efforts des différents acteurs et intervenants dans le domaine social et la problématique du financement (Ndiaye & Diémé, 2007).

V-1-2- La politique de prévoyance sociale :

Le modèle sénégalais est avant tout fondé sur la prévoyance sociale. Le système créé dans les années 1970 tente d'offrir une couverture à tous les travailleurs et leurs ménages. La prévention et la prise en charge du risque santé pour les travailleurs se font à travers la Caisse de Sécurité Sociale (CSS)⁸⁴ et les Institutions de Prévoyance maladie (IPM) tandis que la retraite est gérée par l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES) et le Fonds National de Retraite (FNR). Cette diversité des structures sociales a pour objectif d'assurer au maximum les Sénégalais contre les risques santé et vieillesse à partir de leur emploi.

Par ailleurs, en 2005, le Sénégal élabore une Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) dont l'objectif à long terme est d'élargir le taux de couverture en assurance maladie de moins de 20% aujourd'hui à 50% de la population à l'horizon 2015 (OIT, 2007)⁸⁵.

Malgré ces initiatives, les populations sont encore exposées à des nombreux risques. En fait, de multiples dysfonctionnements ont empêché pendant des décennies le système d'être efficace. Le résultat est la faiblesse de la couverture sociale (20%)⁸⁶ et une exclusion d'une grande part de la population à la protection sociale.

⁸⁴ La CSS s'occupe des branches famille, prévention et réparation des accidents du travail et maladies professionnelles. Les prestations de la branche familiale concernent des indemnités destinées à la femme salariée ou conjointe d'un salarié et sont constituées des allocations prénatales, des allocations de maternité, des indemnités journalières de maternité et des allocations familiales. En plus des prestations précitées, la CSS exerce d'activités complémentaires (actions sanitaires, actions sociales et familiales) à travers les Centres Maternels et Infantiles (PMI) et de cliniques dans lesquels les travailleurs et leurs familles bénéficient des soins médicaux, des consultations, des séances de vaccination, des fournitures de médicaments génériques, des analyses médicales, des actions de planification familiale et de suivi alimentaire... En revanche, La branche accidents de travail et maladies professionnelles concerne directement les travailleurs inscrits et qui sont en règle avec la CSS. Les prestations concernent les soins gratuits, les indemnités journalières, les rentes (à la victime et aux ayants droits, en cas de décès, rentes aux conjoints survivants), les prestations et réparations (corporelles et financières).

⁸⁵ L'Etat du Sénégal a non seulement inscrit la protection sociale parmi les droits fondamentaux dans sa constitution mais il a aussi ratifié la plupart des conventions du BIT en matière de sécurité et de protection sociale dans le milieu du travail (Convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), en 1952, la convention (n° 155) de l'OIT sur la sécurité et la santé des travailleurs en 1981, la Convention (n°128) concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants en 1967, la Convention (n° 157) sur la conservation des droits en matière de sécurité sociale en 1982) dans l'esprit de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, du Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels de 1966 et la conférence de Philadelphie de 1944.

⁸⁶ En 2007, selon la CAFSP, le taux de couverture nationale est estimé à 20,13% soit 2.252.202 personnes et la majorité est constituée d'agents de l'administration publique (7 %), des salariés du secteur privé moderne (3%) et des personnes âgées (5%).

Dans le bâtiment, les accidents et les maladies professionnelles sont assez fréquentes. En 2012, la Caisse de sécurité sociale a dépensé près de 4 milliards de FCFA (environ 6 millions d'euros) en guise de réparations pour les accidentés de travail et de maladies professionnelles (Sy, 2013). Ce montant correspond seulement aux accidents et maladies déclarés et pris en charge par la caisse. Or des nombreux travailleurs du bâtiment ne sont pas affiliés à la Caisse de Sécurité Sociale. Donc, les dépenses de santé dans le bâtiment sont très difficiles à estimer. En revanche, les risques sont très présents et les accidents sont souvent mortels.

V -2- Le financement du système de protection sociale au Sénégal

Le financement de la protection sociale est multiforme car il est fonction de la structuration du système. Au Sénégal, la protection sociale inclut à la fois la sécurité sociale et l'action sociale, donc le financement diffère selon les deux domaines concernés.

V -2- 1-Le financement de la sécurité sociale

Le système de sécurité sociale est financé grâce à une contribution bipartite entre d'une part, l'employeur et d'autre part, les travailleurs par le biais des cotisations sociales⁸⁷. Cette participation des acteurs professionnels portant principalement sur la rémunération (à l'exclusion des éléments ayant un caractère de remboursement de frais) est effective au niveau de toutes les structures légales et modernes de sécurité sociale (CSS, IPRES, IPM). Le montant des salaires à prendre en compte, pour les cotisations dues à la CSS, ne peut être inférieur au Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti⁸⁸. Les cotisations dues à la caisse (7% pour les prestations familiales et entre 1% et 5% pour les accidents de travail et les maladies professionnelles) sont payées dans la limite d'un plafond fixé en 2004 à 63 000 FCFA par mois (96 euros)⁸⁹, soit 756 000 FCFA par an (1152 euros mensuels).

⁸⁷ En dehors de ces cotisations sociales les institutions de sécurité sociales trouvent des ressources financières à partir des pénalités sur les retards de paiement, sur les omissions, les fausses déclarations d'accidents de travail et le non-respect des mesures de sécurité au travail.

⁸⁸ Au Sénégal, le SMIG est de 209,10 FCFA/heure pour les professions soumises à la durée légale hebdomadaire de travail de 40 heures et 182,95 FCFA/heure pour les travailleurs relevant des entreprises agricoles et assimilées.

⁸⁹ Le plafond est passé de 45 000 FCFA en 1956 à 60 000 FCFA en 1973 et 63 000 FCFA de 2004.

Les cotisations d'assurance vieillesse dues au titre du régime de base de l'IPRES sont calculées sur un salaire mensuel plafonné à 256 000 FCFA (390 euros par mois) (soit 3 072 000 FCFA par an) (environ 4 700 euros par an) et celles dues au titre du régime complémentaire de retraite des cadres sur un salaire mensuel plafonné à 768 000 FCFA par mois (1170 euros) et (9 216 000 FCFA par an soit environ 14 000 euros).

Cette répartition des cotisations doit permettre aux caisses d'assurance maladie et de retraite de disposer de ressources pour prévenir et réparer les risques de santé et de vieillesse. Cependant, en raison de la faiblesse du taux de cotisation et du nombre de cotisants, les institutions sociales éprouvent des difficultés. En effet, au Sénégal seuls 12% des actifs sont théoriquement concernés par la cotisation (Baumann, 2010, p. 5). De plus, l'affiliation est assez faible car la collecte pose problème. Par exemple, moins de 60% des travailleurs assujettis aux cotisations pour la retraite seraient effectivement inscrit auprès de l'IPRES et les mêmes irrégularités semblent aussi exister par rapport aux autres types de cotisations⁹⁰.

V -2-2-Le financement des autres politiques sociales

La protection sociale est un système transversal qui fait appel à plusieurs acteurs dans divers domaines. Les sources de financement des politiques sociales proviennent principalement de l'État du Sénégal et des bailleurs de fonds puisque la protection sociale est incluse dans les stratégies et politiques de développement. Les différentes politiques dans les domaines de l'éducation, de la santé, de l'assainissement, des infrastructures sociales de base, de la lutte contre la pauvreté sont financées par l'État, les bailleurs de fonds et les organisations non gouvernementales.

La part de l'État provient du budget du gouvernement et des différentes institutions administratives. Depuis 2000, le président Abdoulaye Wade a décidé d'allouer 40% du budget à l'éducation (un peu moins selon les syndicats) (Barro, 2009), 10% à la santé et de nombreux efforts sont faits au niveau de l'accès aux infrastructures sociales de base. En ce qui concerne le financement de la SNPS, celui-ci se fait à l'intérieur du DSRP à travers le Crédit de Soutien à la Réduction de la Pauvreté (CSR), principal instrument d'appui budgétaire de la Banque Mondiale. Les autres volets sont inscrits dans les politiques et plans d'actions des ministères.

⁹⁰ Ibid. p.5.

Dans ces derniers, il existe des projets et des fonds (calamités, bonification, solidarité,) concourant à l'atteinte des objectifs en matière de protection sociale (gestion des risques et catastrophes, protection des groupes vulnérables, extension de la sécurité sociale).

Par ailleurs, les ménages dépensent également une partie importante de leurs ressources pour les besoins en matière de santé (ticket d'entrée, achat de médicaments, frais d'hospitalisation et de soins), et de gestions de risques et catastrophes (inondations, assainissement).

V- 3- Assurance maladie des travailleurs au Sénégal : diagnostic d'un système

Considéré comme un des piliers fondamentaux du développement social du Sénégal, l'assurance maladie est une composante essentielle dans les stratégies nationales d'accès aux soins et de protection sociale. En effet, les structures d'assurance maladie contribuent au financement de la santé et à la réduction des inégalités en matière de soins par l'extension de la couverture sociale aux catégories les plus vulnérables. Cependant, le régime de prévoyance santé connaît de nombreuses difficultés qui l'empêchent d'être efficace et de répondre à une demande de plus en plus importante aussi bien dans la sphère familiale que dans le monde du travail. Pour faire face à ces difficultés, l'État se penche actuellement sur des nouvelles stratégies d'extension de la couverture maladie en associant les populations par le biais des structures mutualistes ou corporatistes.

V-3-1-Le régime sénégalais de prévoyance maladie au travail : présentation d'un modèle

Le régime sénégalais d'assurance santé est un modèle qui se démarque des régimes qui sont en vigueur dans les pays de l'OCDE dans la mesure où le système est bâti autour de trois institutions qui sont la Caisse de Sécurité Sociale (CSS), l'Institution de Prévoyance Retraite (IPRES) et les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM).

Le modèle, décentralisé, est bâti autour du risque santé et privilégie surtout les salariés du privé, les fonctionnaires et les classes moyennes. Les structures d'assurances sont autonomes et isolées les unes des autres.

Il n'y a pas de notion de caisse comme en France (CNAM) ou d'agence nationale comme en Grande Bretagne (*National Health Service*), même si le modèle est fortement inspiré du système français, qui combine mutualité (sociale ou professionnelle) et solidarité. Contrairement à la France, l'assurance maladie au Sénégal ne fait pas partie du système de sécurité sociale⁹¹.

En effet, le régime de sécurité sociale assure tous les risques classiques (maladies professionnelles, l'accident de travail, le risque famille et maternité, invalidité et le risque vieillesse) à l'exception de la maladie. Les travailleurs immatriculés à la caisse de sécurité sociale bénéficient de réparations des préjudices corporels, moraux et financiers qui ont lieu à l'occasion du travail ou par le fait du travail. Néanmoins, avec les procédures et les critères de reconnaissance d'accidents et maladies professionnelles, nombreux sont ceux qui sont victimes d'accidents ou de maladies du fait de leur activité mais ne peuvent bénéficier de réparations ou de remboursements. En effet, en ce qui concerne l'accident de travail, le fait doit être déclaré à la caisse de sécurité sociale et à l'inspection du travail dans les 48 heures⁹² et une enquête doit être menée par l'employeur ou son représentant, l'inspecteur du travail et les agents de la Caisse de sécurité sociale⁹³. Cette procédure peut prendre un délai plus ou moins long et peut aboutir à la non-reconnaissance du caractère professionnel de l'accident⁹⁴.

La situation est aussi observable en France où la procédure de reconnaissance et de prise en charge d'accident de travail reste problématique. Jorge Munoz a analysé ce processus en partant des acteurs (victimes assurées, techniciens des caisses primaires d'assurance). Il montre que la réparation de l'accident de travail n'est pas automatique comme le pensent beaucoup de personnes (Munoz, 2002). Il ne suffit pas de « constater une lésion et d'attendre que toutes les dépenses que provoque cette situation soient prises en charges »⁹⁵. Le processus de reconnaissance d'accidents « résulte d'une transaction permanente entre les différentes logiques d'action (...) et implique la

⁹¹ Loi 73-37 du 31 juillet 1973 portant Code de la sécurité sociale du Sénégal.

⁹² Article 40 du Code de la sécurité sociale du Sénégal.

⁹³ En cas d'accidents mortels c'est le procureur de la République qui doit déclencher la procédure d'enquête. Cependant, cela n'empêche en rien qu'il y ait une enquête interne pour connaître les circonstances de l'accident ayant entraîné la mort d'homme.

⁹⁴ Il est important de préciser à ce niveau qu'il y a deux cas d'accidents qui peuvent arriver au travailleur : l'accident de travail et l'accident de trajet. En fait, si l'accident survient sur le lieu de travail il est immédiatement reconnu comme Accident de travail. Toutefois si l'accident survient sur le chemin du travail il faudra effectuer une enquête pour voir si le trajet emprunté est bien le « trajet le plus droit et le plus court » pour joindre le lieu d'habitation et le lieu de travail. S'il y a un petit détour ce n'est plus considéré comme un accident de trajet et par conséquent pas pris en charge par la CSS.

⁹⁵ Ibid., p. 11.

mobilisation constante de ressources cognitives, organisationnelles, matérielles au cours du travail »⁹⁶.

Toutefois, le processus n'aboutit pas toujours à la reconnaissance de l'accident, à cause notamment de la prise en compte de facteurs juridiques au moment de l'appréciation mais aussi d'une interprétation subjective des circonstances de l'accident.

S'agissant des maladies professionnelles au Sénégal, il faut que la pathologie soit reconnue par un médecin du travail et qu'elle soit inscrite dans le tableau des maladies professionnelles. Or ce tableau n'a jamais été mis à jour⁹⁷, ce qui fait que de nombreuses maladies récemment découvertes dans les lieux de travail ne sont pas inscrites dans ce tableau. En outre, le Sénégal, comme la plupart des pays africains du sud du Sahara, manque de médecins de travail qualifiés, ce qui complique le diagnostic et la reconnaissance des maladies professionnelles.

Les autorités n'ont point oublié la prise en charge de la maladie puisqu'avec la loi sur la Prévoyance Sociale dans le milieu du travail⁹⁸, on assiste à la création des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) pour la prise en charge des maladies non professionnelles des travailleurs et de leurs familles.

La création d'IPM se justifie par la faiblesse des revenus des travailleurs, l'importance des besoins de santé au niveau des ménages (Ouatar, 2002) et le coût élevé des soins mais surtout par le souci d'harmoniser les cotisations et les prestations ainsi que d'assainir le secteur de l'assurance maladie⁹⁹. Ainsi, avec l'IPM, les pouvoirs publics espèrent harmoniser le secteur de l'assurance maladie mais aussi offrir un système solide capable d'offrir une couverture maladie à tous les travailleurs et à leurs familles (épouses, enfants).

Le système IPM est un modèle basé sur la proximité, l'autonomie et la responsabilisation des acteurs professionnels et s'occupe exclusivement de maladies non professionnelles puisque la maladie professionnelle et les accidents de travail sont pris en charge par la caisse de sécurité sociale. C'est donc une réponse aux besoins d'assurance maladie non prévus par la sécurité sociale.

⁹⁶ Ibid., p. 255.

⁹⁷ Le tableau des maladies professionnelles est réglementé par l'arrêté interministériel n° 6048/MTFP/DTSS du 24 juillet 1991.

⁹⁸ Loi n° 75-50 du 3 avril 1975 relative aux institutions de prévoyance sociale au Sénégal.

⁹⁹ A l'époque on comptait une multitude de mutuelles professionnelles créées avec le soutien des syndicats (Union Inter Syndicale d'Entreprises et d'Industries du Sénégal (l'UNISYNDI), le Syndicat des Commerçants Importateurs et Exportateurs (SCIMPEX), le Syndicat Patronal de l'Ouest africain (SYPAOA) et de la chambre de commerce) qui chacune de son côté essayait d'assurer le risque de santé des travailleurs du privé.

Pour consolider le système, le législateur à travers la loi oblige toutes les entreprises d'au moins 100 salariés à créer une IPM et celles dont l'effectif est inférieur à 100 de se regrouper ou d'adhérer à une IPM inter entreprise¹⁰⁰. Dans tous les cas, l'obligation de pourvoir une assurance maladie aux travailleurs salariés n'est en aucun cas suspendue quel que soit l'effectif de l'entreprise.

Les Institutions de Prévoyance Maladie remboursent les frais liés aux maladies non professionnelles du salarié et/ou de sa famille mais excluent toute réparation de dommage corporel résultant d'un acte sportif, d'une bagarre ou d'une intervention à but esthétique¹⁰¹. De plus, les IPM ne prennent pas en charge les produits alimentaires de régime ou les soins rééducatifs.

Les participants inscrits à une IPM ne peuvent prétendre aux prestations à l'Institution qu'après un délai de deux mois de cotisations. Toutefois, les travailleurs saisonniers, les travailleurs temporaires, les travailleurs de chantier du bâtiment et des travaux publics ne sont astreints qu'une seule fois à la période d'attente de deux mois de cotisation. Pour tous les engagements ultérieurs au service de la même entreprise, après la période d'attente une fois exécutée globalement ou successivement, ils sont immédiatement pris en compte par l'Institution de Prévoyance Maladie, dès la date de réengagement, comme bénéficiaires pour eux-mêmes et les membres de leurs familles.

L'originalité du modèle IPM est qu'il garantit ce que les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) assurent en France et en même temps joue le rôle des mutuelles complémentaires. En effet, en l'absence d'assurance maladie, les IPM prennent en charge le risque maladie des catégories cibles.

Cette couverture vient souvent en premier lieu parce que les personnes concernées n'ont pratiquement pas d'assurance santé. En outre, en raison de la prise en charge automatique des maladies professionnelles et les accidents de travail, l'IPM vient en complément d'assurance pour le travailleur en ce qui concerne la maladie non professionnelle. Ainsi, avec la caisse de sécurité sociale et l'IPM, le travailleur bénéficie d'une couverture totale contre le risque santé ou maladie. Ils offrent une couverture maladie à des milliers de travailleurs et leurs familles.

¹⁰⁰ Décret n° 75-895 du 14 août 1975 portant organisation des Institutions de Prévoyance Maladie d'entreprise ou inter entreprise et rendant obligatoire la création des dites institutions.

¹⁰¹ Arrêté interministériel n°9174/MFMTE/DTESS du 31 juillet 1976 fixant la liste des fournitures et services qui ne donnent pas lieu à prise en charge par les Institutions de Prévoyance Maladie.

C'est un avantage certes pour le participant¹⁰², mais un inconvénient pour l'IPM puisque cela désolidarise le participant qui ne sent pas les frais tandis que les dépenses explosent automatiquement puisque c'est une incitation à la consommation (Diop O. , 2004).

Au Sénégal, les dépenses dues à l'assurance maladie sont estimées à 17 697 080 116 FCFA (environ 27 millions d'euros), en 2007. Les IPM sont les premières à financer de l'assurance maladie avec un investissement d'environ 7 855 000 000 FCFA (environ 12 millions d'euros). Cependant, ces dernières années les institutions de prévoyance maladie sont concurrencées par des sociétés commerciales d'assurance qui offrent le même produit avec des avantages jugés très attractifs (couverture à 80% ou même à 100%). Ces dernières dépensent aujourd'hui 4 161 436 213 FCFA (6 344 000 euros) et l'État un peu moins avec environ 4 032 000 000 FCFA (6 147 000 euros)¹⁰³.

V-3-2-L'assurance maladie des professionnels à Dakar : un enjeu

Aujourd'hui, les sociétés commerciales d'assurance sont en pleine expansion au Sénégal et contribuent à un taux de 10% dans la dépense nationale de santé et de 51,5% dans le secteur des assurances privées. En effet, profitant de la stratégie nationale d'extension de la protection sociale initiée par les pouvoirs publics et poussée par un marché faiblement exploité (environ 20% d'assurés), de nombreuses sociétés d'assurances¹⁰⁴ font de l'assurance santé en offrant un « paquet » qui propose à la fois l'assurance santé et les assurances incendie, vol et responsabilité civile.

AXA assurance par exemple offre un produit assurance santé qui est destiné aux personnes morales ayant un effectif supérieur ou égal à quinze. La cible n'est pas fortuite puisque la plupart des entreprises sont des PME/PMI qui n'ont pas d'obligation de créer une IPM. De plus, les sociétés d'assurances jouent d'un côté sur l'ignorance des textes par certains chefs d'entreprises et de l'autre côté sur une offre de couverture maladie très attrayante grâce à une stratégie marketing offensive. En effet, les structures d'assurances commerciales démarchent les entreprises en leur faisant comprendre qu'elles n'ont pas l'obligation de créer une IPM mais seulement d'offrir une assurance maladie aux travailleurs. Dans la foulée, les sociétés d'assurance proposent un taux

¹⁰² Cet avantage est d'ailleurs à relativiser puisque plus le bénéficiaire consomme en prestations et en médicaments, plus il va ressentir de difficultés pour rembourser sa quote-part.

¹⁰³ Source : CAFSP (2007).

¹⁰⁴ Par exemple : la Nouvelle Société Interafricaine d'Assurance (NSIA), les assurances sénégalaises (AMSA), AXA assurances ou les courtiers comme GRAS SAVOYE Sénégal.

de couverture supérieur à celui des IPM (70% à 80% contre 50% pour les IPM) et une garantie de prise en charge et de remboursement dans un délai court (entre 15 et 30 jours).

Enfin, les sociétés d'assurance proposent une liste des meilleurs prestataires de soins dans la capitale et d'autres avantages comme le préfinancement ou le système du tiers payant. Seulement, selon la loi de 1975, les IPM sont les seules à avoir le droit de faire de la prévoyance santé en milieu de travail. Les assurances commerciales n'ont aucunement le droit d'intervenir dans l'assurance de base ou régime général en milieu de travail. En revanche, elles peuvent investir dans la complémentaire santé ou au niveau des populations ou des travailleurs de l'informel. Or « L'assurance auprès d'une compagnie privée est difficilement envisageable pour ce public, tant les tarifs sont élevés » (Baumann, 2010, p. 6). Pour s'assurer contre le risque santé, ils doivent se tourner vers les mutuelles.

Actuellement, l'assurance maladie représente un domaine encore très prometteur qui attire de nombreux acteurs en raison des importantes ressources financières qu'elle engrange et la part de marché qui reste à exploiter car l'assurance maladie ne représente encore qu'environ 10% de la dépense nationale de santé en 2005, soit un montant total de 20 443 000 000 FCFA (environ 31 millions d'euros).

L'assurance maladie est un domaine aux multiples enjeux qui met en relation les travailleurs, les dirigeants des IPM, les chefs d'entreprises et les prestataires de soins. Chaque acteur poursuit des objectifs personnels et adopte une logique pour mieux bénéficier du système.

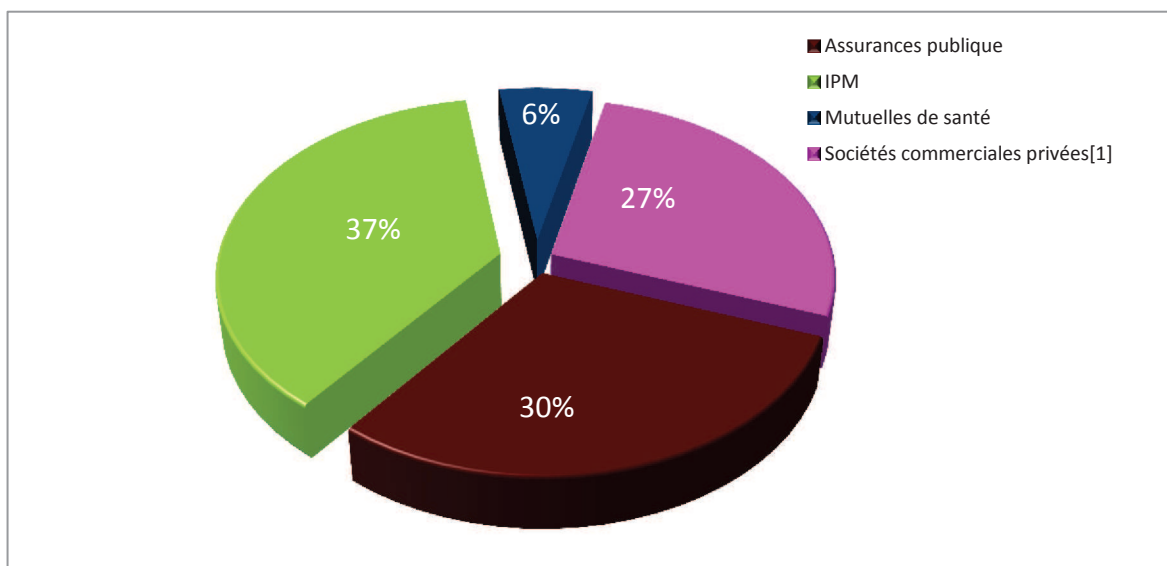
Par ailleurs, inventée pour protéger le salarié du risque maladie non pris en compte par la sécurité sociale, l'institution de prévoyance maladie est une structure qui est financée par les travailleurs et les employeurs et qui fonctionne selon le système de répartition dans lequel les contributions des bien-portants permettent de prendre en charge les frais de soins des adhérents qui ont des problèmes de santé. L'IPM gère les cotisations des acteurs professionnels et veille à la viabilité économique et financière du système (Kodjo, 2001). Elle doit offrir une couverture maladie de qualité aux travailleurs tout en veillant à l'équilibre financier de l'institution.

Dans sa stratégie, l'IPM cherche avant tout à accroître la participation du travailleur (recouvrer le maximum des contributions, augmenter le taux de cotisation) mais aussi à négocier des offres de soins à moindre coût avec les professionnels et les structures de santé (hôpitaux, centre de santé, médecins, pharmaciens).

En somme, avec d'un côté les travailleurs qui cherchent à minimiser leur contribution tout en demandant plus de protection et de l'autre, les IPM qui veulent augmenter la participation des salariés tout en dépensant moins dans la prise en charge, on voit que la logique de l'IPM s'oppose déjà à celle du participant. Les prestataires de soins poursuivent des objectifs économiques et financiers puisqu'ils cherchent à rentabiliser leurs activités et leurs investissements. En effet, la construction et la gestion des structures de soins, les fournitures en médicaments et en matériels et le paiement du personnel médical sont issus d'un investissement public et/ou privé qui a besoin d'être rentabilisé pour le fonctionnement, la continuité et l'efficacité de l'offre de soins.

Aujourd'hui, les prestataires de soins puisent une grande partie de leur chiffre d'affaires de leur activité avec les assurances comme le montrent les données issues de l'enquête sur les comptes nationaux de santé réalisés en 2005¹⁰⁵.

Graphique 7 : Répartition des chiffres d'affaires par type d'assureur (en %)



Source : MSPHP/CAFSP (2005)

¹⁰⁵ En 2005, Le Sénégal a entrepris l'élaboration du premier exercice des Comptes Nationaux de la Santé (CNS). Ce document réalisé par le ministère de la santé et la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP) est une référence pour ce qui concerne le financement et les dépenses de santé dans le pays.

Les prestataires de soins se partagent 19 millions de FCFA en 2005. Les IPM sont les premiers clients avec 7 millions de FCFA (37%), suivies des assurances publiques (CSS, imputation budgétaire) avec 30% et des assurances commerciales avec 5 millions de FCFA (27%).

Pour comprendre les logiques qui sous-tendent les relations économiques et de partenariat entre les structures d'assurances et les structures de prestation de soins, il faut nécessairement intégrer dans l'analyse les facteurs tels que la nature de la structure (publique ou privée), les prestations, l'autonomie financière, l'importance du risque assuré et le coût de prise en charge. En effet, les structures publiques comme la caisse de sécurité sociale, contractent le plus souvent avec les hôpitaux parce ces structures sont mieux outillées que les centres de santé ou les postes de santé pour traiter les cas de maladies professionnelles ou d'accidents de travail. En outre, les hôpitaux publics coûtent moins chers que les cabinets privés parce que bénéficiant de plus d'attention et de subventions de la part des pouvoirs publics.

Par ailleurs, les IPM gèrent des maladies non professionnelles dont le traitement demande un investissement dans l'achat de médicaments. En effet, les actes médicaux et les consultations ne sont pas chers pour les assurés d'IPM car il y a une tarification établie dans ce sens et parfois négociée au moment de la signature des conventions.

Toutefois, les médicaments sont souvent achetés dans les pharmacies privées qui ont des tarifs spécifiques. En outre, dans leurs stratégies d'attirer les clients et de gagner des parts de marché dans l'assurance maladie, les sociétés d'assurance commerciales proposent une prise en charge au niveau des cabinets médicaux et des cliniques privées en raison de la « qualité des soins et du service » dans ces structures.

Cependant, la prise en charge et les frais de soins et d'hospitalisation au niveau des cabinets privés sont souvent onéreux en raison de l'importance de l'investissement, des frais de fonctionnement, de gestion et de la rémunération des prestataires. Enfin, les mutuelles de santé, en raison de la faiblesse des cotisations, de la nature des risques assurés et des populations couvertes proposent souvent une prise en charge au niveau des centres de santé. Ce sont en général des maladies qui ne nécessitent pas une prise en charge onéreuse parce que les soins primaires sont assez accessibles depuis les années 1990.

Finalement, les prestataires de soins et les pharmacies privées poursuivent des logiques économiques et essayent à travers l'assurance maladie d'augmenter leurs chiffres d'affaires dans le but de rentabiliser leurs activités. Cette logique financière est présente aussi bien dans le privé que dans le public depuis la réforme du système de santé, car les structures de soins publiques doivent s'inscrire dans une logique d'autonomie et d'autogestion financière. Ainsi, l'analyse des interrelations dans l'assurance maladie montre que chaque acteur ou groupe poursuit des logiques à la fois personnelles et corporatives qui guident son action dans le système. Cependant cette situation a un impact sur l'efficacité du régime puisque l'assurance maladie apparaît ainsi comme un champ dans lequel les stratégies et les interactions entre les acteurs influents sur le dynamisme et la viabilité du système.

Par exemple, en 2009, confrontées à des problèmes financiers, certaines entreprises du bâtiment membres du Syndicat National des Entreprises du Bâtiment et des Travaux Publics (SNEBTP) décident de geler les cotisations sociales parce qu'elles connaissent des difficultés économiques et financières (Gaye, 2009). Ce gel a eu des conséquences directes sur la couverture sanitaire des travailleurs puisque le non versement des cotisations conduit à l'arrêt des prestations de soins et donc expose les salariés et leurs familles au risque maladie.

V-4-La prévoyance santé au Sénégal : les limites du système

La prévoyance maladie au travail est bâtie autour de la caisse de sécurité sociale, qui prend en charge les maladies professionnelles et les accidents de travail et des IPM qui gèrent le risque maladie dans sa dimension non professionnelle. Le système créé en 1975 offre une couverture maladie à plusieurs milliers de travailleurs du privé et à leurs familles.

Cependant, avec la mutation du travail, la persistance des risques professionnels et les difficultés économiques, le modèle sénégalais connaît aujourd'hui de nombreux problèmes en ce qui concerne la structuration, le mode de financement des IPM, leur autonomie, la problématique de la gouvernance, la maîtrise de la tarification et la coordination des différentes structures qui fondent le système.

V-4-1-Le cadre institutionnel et réglementaire

La première limite du modèle sénégalais d'assurance sociale est d'ordre structurel puisque le pays fait partie des rares pays où le système de prévoyance sociale est réparti entre trois institutions. Partout ailleurs, la caisse de sécurité sociale comprend un ensemble qui prend en charge à la fois le risque vieillesse et le risque santé dans sa globalité. Cette répartition de la sécurité sociale en plusieurs institutions permet certes d'alléger les différentes caisses et de les rendre plus flexibles, car chacune d'elle ayant des statuts et des règlements différents, peut évoluer seule sans dépendre d'une seule structure centrale jugée le plus souvent lourde, moins flexible et moins efficace. Cependant, l'éclatement de la prévoyance sociale en plusieurs entités peut contribuer à fragiliser le système en termes d'unicité, d'universalité et d'efficacité.

Au Sénégal l'assurance maladie professionnelle est régie par un ensemble de textes législatifs et réglementaires¹⁰⁶ qui dictent son organisation et son fonctionnement. Cette réglementation permet d'étendre la couverture sociale aux travailleurs à faibles revenus et à leurs familles mais aussi de contrôler et « d'assainir » le secteur.

Toutefois, le système actuel souffre beaucoup de cette réglementation car de nombreux textes empêchent les IPM par exemple d'être viables et efficaces dans la mesure où leur autonomie, leur financement et leur développement sont limités par un ensemble de corpus législatif et réglementaire en déphasage avec les besoins actuels en matière de protection sociale.

V-4-1-1-Les politiques publiques de prévention de risques professionnels

Les politiques de prévention sont souvent élaborées au niveau du ministère en charge du travail suivant une feuille de route issue d'une vision du chef de l'État et du gouvernement en matière de sécurité et de santé des populations. Le ministère en charge du travail à travers la direction du travail et la direction de la sécurité sociale joue « un rôle fondamental dans la construction du système normatif en matière de sécurité et de santé au travail » (Fombeno, 2009 , p. 132). Il élabore certains textes et veille à l'application de la loi par le biais de l'inspection du travail et de la sécurité sociale.

¹⁰⁶ Loi n°75-50 du 03 avril 1975 et Décret n° 75-895 du 14 août 1975 portant organisation des Institutions de Prévoyance Maladie d'entreprise ou interentreprises et rendant obligatoire la création des dites institutions.

Le rôle et le pouvoir des inspecteurs et contrôleurs de travail sont bien définis par le code du travail à travers les articles L170 et L197 et certains décrets¹⁰⁷ qui leur donnent une pleine autorité en matière d'investigation (visite dans les entreprises sans avertissement et à tout moment), de constat des risques, de contrôle et de jugement. Dans la réalité, le pouvoir de l'inspecteur est limité par des facteurs politiques, économiques et sociaux comme il ressort du discours suivant du directeur de la sécurité sociale

L'inspection du travail n'a pas de pouvoir de contrainte exorbitant parce qu'elle est beaucoup plus dans un système de contrôle, de conseil et de conciliation. Ce qui fait qu'en matière de pouvoir, lorsque l'inspection exerce sa mission de contrôle, et qu'elle tombe sur une situation qui jure avec les dispositions en matière légale et réglementaire en la matière, en l'espèce, l'inspection donne une mise en demeure, c'est-à-dire, c'est comme si l'inspection disait à l'employeur, attention, j'ai constaté une infraction, un dysfonctionnement dans votre organisation en matière de sécurité ou par rapport à la loi, je vous donne un délai pour régler ce problème parce qu'on peut voir un dysfonctionnement, dont la réparation ou la correction appelle la mise en œuvre ou la construction d'un bâtiment par exemple. Si vous revenez et vous vous rendez compte qu'il ne l'a pas fait, en ce moment, vous donnez un procès-verbal (PV) d'infraction et après ce PV, s'il ne s'exécute pas, en ce moment vous acheminez le PV d'infraction au tribunal pour une seconde exécutoire. Mais les PV qu'on envoie au tribunal sont toujours restés classés sans suite par le procureur. Donc l'inspection est dans une situation où il n'a pas de pouvoir en réalité. Aujourd'hui, on est en train de vouloir corriger les choses car c'est une des revendications même du syndicat des inspecteurs et contrôleurs de travail mais également, il y a plusieurs lobbies qui font ou empêchent cela puisque donner du pouvoir à l'inspecteur du travail c'est de le mettre en situation de contraindre l'employeur. Or l'employeur étant des patrons et également des partenaires, a la possibilité de s'approcher des autorités et de négocier certaines situations pour empêcher l'exécution de certaines décisions ou pour opposer un veto ou encore négocier. Si vous êtes en face d'un employeur à qui vous servez une mise en demeure il ne s'exécute pas, vous lui servez un PV d'infraction, il ne s'exécute pas, il vous reste à prendre une sanction, quel type de sanctions prendrait l'inspection ? Est-ce que c'est une sanction pécuniaire ? Où cela peut aller jusqu'à la fermeture de l'entreprise ? C'est un cas. L'Etat aussi est plus ou moins dans une position délicate, il se dit : est-ce que je vais donner le pouvoir aux inspecteurs de fermer une entreprise étant entendu dès qu'ils sont en conflit avec quelqu'un dans cette situation de bras de fer, ils vont demander à ce que l'entreprise ferme, or vous savez le rôle que jouent les entreprises dans un pays, ce qui fait que c'est compliqué. (M. T. Directeur de la sécurité sociale)

Source : PSOBD (2010)

¹⁰⁷ Décret n°2006-1255 du 15 novembre 2006 relatif aux moyens juridiques d'intervention de l'inspection du travail dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail.

En fait, l'inspection du travail est confrontée à un manque de moyens et de pouvoirs réels¹⁰⁸ pour faire appliquer la loi en cas de manquement aux dispositions réglementaires au travail. Cette situation place les inspecteurs dans une position inconfortable les empêchant d'être efficaces (Guèye M. , 2009) et efficaces.

Au total, les pouvoirs publics tentent d'organiser et de contrôler la sécurité sociale dans le monde professionnel, mais les acteurs directement concernés par l'application de la réglementation manquent de moyens. Toutefois, le Ministère en charge du travail, la Direction de la sécurité sociale et la Caisse de Sécurité Sociale sont actuellement, dans une dynamique d'extension et d'universalisation dans le monde du travail. Mais « les protections sociales au Sénégal, telles qu'elles ont été héritées de l'époque coloniale, se prêtent difficilement à l'extension à un plus grand nombre de bénéficiaires, et ceci du fait de leur arrimage au salariat, un salariat qui est en panne » (Baumann, 2010, p. 2). Cette situation complique tout projet d'extension ou d'universalisation de la protection sociale aux Sénégalais.

V-4-1-2-La relation entre les structures de prévoyance et les entreprises ou la question de l'autonomie du système IPM

Créé exclusivement pour les travailleurs du secteur privé, le système IPM est un régime qui dans l'esprit des fondateurs doit s'autofinancer et être autonome en matière de gestion puisque les ressources financières et le personnel doivent provenir de l'entreprise et des salariés. En effet, pour plus d'efficacité, le législateur et les pouvoirs publics ont pensé que ces structures doivent être proches des travailleurs et des patrons. C'est ainsi que la plupart des IPM est logée au sein de l'entreprise et que l'employeur apporte son concours à la structure en mettant à sa disposition des locaux et certains avantages comme la gratuité de l'électricité ou de fournitures de bureau.

Toutefois, ce soutien constitue un obstacle à l'indépendance de ces établissements puisque les travailleurs ne peuvent pas par exemple, dénoncer les dérives ou les manquements de l'employeur en matière de sécurité, de conditions de travail,

¹⁰⁸ En novembre 2009 et en mai 2010, le syndicat des inspecteurs et contrôleurs du travail du Sénégal a initié une grève pour réclamer de meilleures conditions de travail et une augmentation de salaire et de leurs indemnités de sujétion. Voir les articles de Moustapha Dieng : « Sénégal: Inspecteurs et contrôleurs du travail - La grève illimitée en « énième mot » d'ordre ». Dans : *Sud Quotidien* du 27 mai 2010 et d'Adama Kandé. « Grève des inspecteurs et contrôleurs du travail : Appel pour la reprise des négociations ». Dans : *Le Soleil* du 10 décembre 2009.

d'hygiène, de santé et de conditions de travail vu que le fonctionnement et le développement de l'IPM dépendent en partie du concours du chef d'entreprise.

Ces dernières années plusieurs Institutions de Prévoyance Maladie, confrontées à des difficultés de toutes sortes, ont fermé leurs portes laissant de nombreux travailleurs sans protection. S'il est difficile d'établir les véritables raisons de la faillite de ces institutions, les problèmes de trésorerie et de gestion sont souvent les premières causes évoquées.

Pour mieux comprendre les difficultés financières des structures assurantielles, il faut analyser le mode de financement du système tel que prévu par la loi de 1975. En effet, les IPM sont exclusivement financées par les travailleurs et les chefs d'entreprises. Cette stratégie trouve sa justification dans la volonté des pouvoirs publics de rendre autonome l'assurance maladie dans le privé mais surtout de diminuer les charges publiques car une assurance maladie professionnelle qui dépendrait de l'État augmenterait les dépenses publiques sans pour autant garantir une efficacité optimale. En outre, même si le mode de financement est bien défini à priori, il faut dire que le recouvrement pose problème. En effet, pour le financement des IPM, la part salariale est recouvrée à la source tandis que l'employeur verse directement sa quote-part à l'institution de prévoyance.

A ce jour, il n'y a aucune structure au Sénégal chargée de recouvrer les cotisations sociales des entreprises, comme c'est le cas en France avec l'Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF) et de l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS). La conséquence est que certaines entreprises peuvent refuser de verser les cotisations au motif de leur mauvaise santé financière ou de problèmes de trésorerie. Certes, la loi de 1975 et le Code pénal¹⁰⁹ prévoient des sanctions financières et pénales contre les personnes ou les entreprises qui ne reversent pas les cotisations sociales.

Toutefois, il y a peu de contraintes contre les contrevenants et même dans le cas où ils sont convoqués à comparaître dans les juridictions compétentes (Ndiaye A. , 2010) et qu'ils sont reconnus coupables et jugés pour les faits, on note une difficulté en ce qui concerne la mise en application de la sentence. L'employeur évoque souvent des difficultés économiques pour justifier le non versement des cotisations sociales.

¹⁰⁹ Article 383 du Code pénal du Sénégal.

Or puisque l'État n'arrive pas à créer suffisamment d'emplois, les pouvoirs publics hésitent à sanctionner les entreprises en activité au risque de les voir réduire leur personnel, fermer ou délocaliser dans la sous-région. D'ailleurs, il y a une forte relation entre l'entreprise et l'IPM puisque l'entreprise est la première à financer la santé des travailleurs. Ainsi, l'existence et la performance de l'IPM dépendent en réalité de la santé économique et financière de l'entreprise car si cette dernière est en difficulté, elle ne peut plus s'acquitter de sa quote-part et même la part salariale peut être mise en danger dans le cas où l'entreprise n'arrive pas à payer correctement les salaires des travailleurs.

En somme, créées pour offrir une couverture maladie aux travailleurs du privé, les IPM sont fortement liées à l'entreprise qui contribue à leur financement et à leur fonctionnement. Ainsi, l'autonomie du système voulue par les textes fondateurs est en réalité compromise dès lors que l'IPM a son siège au sein de l'entreprise et que les contributions salariales et patronales ne sont pas recouvrées par un organisme extérieur.

V-4-1-3- La question du plafonnement des quotes-parts

Une fois défini le mode de financement, les pouvoirs publics ont fixé le taux de participation des deux acteurs (salarié et chef d'entreprise) à 6% sur la base de la rémunération du travailleur¹¹⁰. Les quotes-parts salariale et patronale s'élèvent à 3 800 FCFA (6 euros) pour chaque partie. Ce taux de contribution indexé au SMIG est très avantageux pour les deux parties car avec une contribution financière assez modeste le travailleur peut s'offrir une couverture maladie mais aussi assurer toute sa famille.

Seulement, avec l'évolution du travail, la persistance et la complexité du risque santé et l'évolution du coût des soins, il apparaît rapidement que le plafonnement des cotisations peut constituer un obstacle au développement des structures d'assurance maladie. En effet, les quotes-parts des deux acteurs n'ont jamais évolué depuis 1975 alors que les frais de soins n'ont cessé d'augmenter. Ainsi, les IPM qui fonctionnent selon les paramètres de la loi de 1975 sont aujourd'hui logiquement confrontés à des problèmes de trésorerie puisque les cotisations des acteurs ne permettent pas véritablement de payer ou de rembourser les soins malgré les différentes initiatives nationales pour réduire les coûts de soins et favoriser l'accès et l'équité en matière de santé.

¹¹⁰ Arrêté interministériel n° 9174/MFMTE/DTESS du 31 juillet 1976 fixant la liste des fournitures et services qui ne donnent pas lieu à prise en charge par les Institutions de prévoyance maladie.

Cependant, dans l'esprit de la loi sur la prévoyance santé, toute structure qui augmente les taux de cotisations sort du cadre légal. Or toute structure qui continue à respecter le taux et le plafonnement définis court le risque d'entrer dans des difficultés financières qui peuvent menacer son existence.

En somme, le plafonnement des cotisations est un inconvénient pour les IPM car les recettes sont restées les mêmes et diminuent parfois, alors que les dépenses s'accroissent chaque jour du fait d'une part de l'augmentation du nombre des bénéficiaires et du coût des soins et des médicaments et d'autre part de l'évolution du taux de prise en charge qui peut varier entre 50% et 80%. Mais, le plus grand problème pour les IPM est qu'elles sont souvent les seules dans un premier temps à prendre en charge les frais de soins des salariés au moment du remboursement des frais aux prestataires car le travailleur ne fait pas une avance sur les frais durant tout le parcours de soins.

Pour faciliter les soins des salariés dans l'ensemble mais surtout de ceux dont les revenus sont assez modestes, la plupart des IPM jouent le rôle de tiers payant pendant le parcours de soins. L'accord entre l'institution et le prestataire permet au patient de se soigner sans avancer de frais et en cas d'avance de frais, l'IPM doit tout rembourser au travailleur en attendant de prélever dans le temps et de manière progressive sur le salaire de la personne concernée. C'est un avantage pour le participant car le recouvrement des frais se fait progressivement de façon à ce que le salarié ne se retrouve pas dans une situation de précarité financière à cause des dépenses de santé.

En revanche, ce mode de fonctionnement place l'institution dans une situation difficile puisqu'elle doit honorer des factures des prestataires sans pour autant avoir fini de recouvrer les frais de soins

Par ailleurs, le taux de cotisation est indexé sur le SMIG, or celui n'a pas évolué depuis 1982. La conséquence est la faiblesse des taux de cotisation qui est de 1800 FCFA mensuels (2,75 euros) par salarié et par entreprise.

Enfin, en 2006 avec le décret sur la prise en charge des époux par les femmes salariées¹¹¹, la facture de prise en charge s'est modifiée considérablement. Les IPM qui veulent survivre doivent alors déroger à la loi en augmentant le taux de cotisation ou en

¹¹¹ Décret n° 2006-1310 du 23 novembre 2006 abrogeant et remplaçant les articles premier et 8 du décret n° 75-895 du 14 août 1975 portant organisation des institutions de prévoyance maladie d'entreprise ou interentreprises et rendant obligatoire la création des dites institutions. *Journal officiel*, 2007-01-19, n° 6319, pp. 2086-2087. Ce décret a supprimé les dispositions discriminatoires du décret de 1975 pour permettre à la femme salariée de prendre en charge son conjoint et ses enfants.

diminuant de taux de prise en charge. Seulement, en procédant de la sorte, les dirigeants risquent de créer de difficultés supplémentaires puisqu'une augmentation du taux de cotisation sans hausse de salaire peut créer des frustrations et un climat social instable dans l'entreprise parce que les salaires sont souvent bas tandis que le coût de la vie est très élevé. D'ailleurs, les autorités publiques sont conscientes de ces problèmes et n'interviennent pas lorsqu'il y a entorse à la loi en ce qui concerne le taux de cotisation. Pour prévenir les problèmes de trésorerie, le législateur a prévu la mise en place d'un fonds de garanti et d'un fonds de secours¹¹². L'objectif de ce fonds est de permettre aux structures de prévoyance en cas de difficultés à rééquilibrer la trésorerie ou bien d'améliorer l'offre d'assurance, soit par l'augmentation des taux de prise en charge des prestations, soit par une réduction du taux de cotisations.

V-4-1-4- La non maîtrise de la tarification

La viabilité d'un régime d'assurance maladie passe par la maîtrise de la tarification et la proposition de produits attractifs de qualité car une tarification incontrôlée peut conduire à des problèmes de trésorerie et menacer l'existence des structures d'assurances maladie.

Au Sénégal, la tarification des consultations et de certains actes médicaux est proposée et contrôlée par l'État à travers le ministère de la santé qui par le moyen de la nomenclature des actes, propose une tarification officielle¹¹³ laquelle sert de référence entre les prestataires et les structures de soins en fixant le prix des consultations, des prestations et des actes médicaux¹¹⁴.

Dans les années 1970 l'État a élaboré des tarifs pour les consultations et l'ensemble des actes médicaux le plus courants¹¹⁵. Cependant, cette tarification n'est pas souvent respectée. Par exemple, en 2000 les médecins à travers le Syndicat des médecins privés (SMPS), avaient unilatéralement procédé à la hausse des tarifs de consultations (de 43 % et 17 % respectivement pour les généralistes et les spécialistes) (Diaw, 2001).

¹¹² Article 13 du Décret n°75-895 du 14 août 1975.

¹¹³ Arrêté n°002216/MSPAS du 4 mars 1991 complétant l'arrêté n°002651/MSP/DHPS/DCCMP du 25 février 1989 fixant la nomenclature des actes professionnels des auxiliaires médicaux.

¹¹⁴ Arrêté interministériel n°7124 du 16 juin 1989, fixant les tarifs d'hospitalisation, des consultations, des soins externes et cessions applicables au Centre de Traumatologie, d'Orthopédie et de Réadaptation Fonctionnelle de la Caisse de Sécurité Sociale.

¹¹⁵ Arrêté interministériel n° 7141 MFPT-DTESS en date du 5 juillet 1976, fixant les tarifs et les conditions de remboursement des prestations en nature d'accidents du travail et des maladies professionnelles qui seront versées par la Caisse de sécurité sociale aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs, formations sanitaires publiques, établissements hospitaliers civils ou militaires, centres médicaux d'entreprise ou inter-entreprises.

Par la suite en 2005, le gouvernement a revu les tarifs d'hospitalisation, des consultations, des soins externes et des cessions au niveau des Etablissements publics de santé¹¹⁶.

Malgré cette révision, les prestataires de soins ne respectent pas la tarification réglementaire. Par exemple, en ce qui concerne les actes médicaux, les textes prévoient qu'au cours d'une même séance seul l'acte le plus élevé doit être facturé mais au niveau de certaines structures, comme les cliniques ou les cabinets médicaux, chaque acte donne lieu à une facturation individuelle. En outre, la nomenclature précise qu'au cours d'un séjour en clinique, les tarifs doivent être dégressifs. Or certaines IPM constatent que les prestataires facturent tout le séjour à taux plein. Cette manière de faire constitue certes un problème pour les IPM, mais ce qu'il faut dire c'est que les tarifs négociés dans le cadre du système de prévoyance santé ne sont qu'un référentiel de base. Le plus important reste la maîtrise de la détermination des quantités ou prestations.

Les négociations doivent donc porter sur la quantité d'actes à facturer et les structures d'assurance ont plutôt intérêt à négocier en paquet les offres de soins plutôt que de négocier les tarifs.

L'étude portant sur la réforme de l'assurance maladie obligatoire réalisée en 2008 par l'Agence pour le Développement des Relations Internationales sur commande de la Commission de supervision et de régulation des institutions de sécurité sociale, auprès de 74 structures montre que le système est confronté à de nombreuses difficultés sur le plan structurel, de la gestion, du management, du financement, de la maîtrise de la tarification et de la coordination. Cette situation place les IPM en situation de précarité car 34 % de ces structures se trouvent dans des difficultés financières préoccupantes qui nécessitent des politiques et des mesures de redressement comptables spécifiques.

Aujourd'hui, plus que jamais, il est nécessaire de rééquilibrer le financement de la structure en déplaçant le taux de cotisation ou en diversifiant les sources de financement¹¹⁷ pour éviter toute faillite de la structure de prévoyance maladie dans son ensemble.

¹¹⁶ Arrêté interministériel n° 738 en date du 21 février 2005 fixant les valeurs maximales et minimales des tarifs d'hospitalisation, des consultations des soins externes et des cessions applicables aux établissements publics de santé hospitalier.

¹¹⁷ La loi du 03 avril 1975 relative aux Institutions de Prévoyance Sociale précise en son article 09 que le financement des IPM doit provenir des cotisations des membres, des majorations de retard, de produits de fonds placés, des subventions, des dons et legs.

V-4-2-L'IPM, une assurance pour le salariat classique

L'Institution de Prévoyance Maladie a été créée pour les entreprises modernes formelles qui ont un salariat important et qui sont soumises à la fiscalité économique et sociale. Sa création s'inscrit dans la logique des recommandations de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) en matière de santé et de sécurité au travail qui veut que le travailleur ne se retrouve pas en situation de précarité à cause de dépenses de santé personnelle ou familiale. Les entreprises du privé moderne doivent donc assurer une couverture maladie à leurs employés pour leur permettre de se soigner en cas de maladie ou d'accident. Seulement, en analysant de près les textes qui régissent l'assurance maladie au travail, on découvre vite qu'ils visent en premier lieu les grandes entreprises évoluant dans le secteur privé. Or la plupart des entreprises sénégalaises sont de taille moyenne ou de petite taille. Elles évoluent dans le privé moderne mais elles fonctionnent selon un système artisanal. De plus, elles ne respectent pas souvent tous les critères en termes d'organisation et de fonctionnement. En outre, le législateur n'a pas intégré le secteur non structuré et la paysannerie dans le schéma initial de l'assurance maladie. Néanmoins, à partir des années 1980 ce secteur devient le poumon de l'économie car employant de nombreuses personnes tandis que les paysans restent une classe sans aucune protection puisque la notion d'entreprise est inexistante dans leur domaine d'activité alors que l'offre d'assurance maladie repose sur le salariat et l'entreprise.

V-4-2-1- Problématique de la gouvernance des IPM et des pratiques de soins

Les IPM sont des institutions autonomes régies par un ensemble de textes qui obligent toutes les structures à s'organiser de la même sorte avec une participation effective des travailleurs dans les domaines de la gestion et du contrôle financier.

Elles sont gérées par les salariés et les représentants des employeurs à travers un conseil d'administration (entre 8 et 28 personnes), comprenant les représentants de tous les membres participants et adhérents intéressés et qui sont désignés par leurs pairs, un collège des représentants (minimum 20 personnes) et un bureau exécutif constitué d'un gérant, d'un secrétaire général et d'un trésorier et parfois d'un commissaire aux comptes.

Les dysfonctionnements des IPM se trouvent généralement ailleurs, précisément en matière de compétences des ressources humaines et de la gouvernance. En effet, les personnes qui dirigent et contrôlent les IPM sont des salariés issus de l'entreprise. Il peut s'agir, d'ouvriers, de cadres ou d'employés qui n'ont pas forcément les compétences en matière de management et de gestion des organisations. Les personnes sont souvent choisies par leurs pairs et en fonction de leur motivation à s'impliquer dans des affaires sociales ou à défendre les intérêts des travailleurs. Elles manquent de certaines compétences et ont besoin d'être formées dans plusieurs domaines.

Comme tout personnel, il a besoin constamment d'être mis à niveau avec des modules de formations adaptées parce qu'il n'y pas une école qui forme typiquement des gérants d'IPM. Soit ce sont des gestionnaires, des comptables ou des managers. Ces derniers ont besoin d'une mise à niveau puisque la gestion d'une IPM est pluridisciplinaire. Il faut être avant tout un comptable parce qu'il y a beaucoup de flux financiers, il faut au moins avoir quelques rudiments en médecine puisqu'il faut arriver à lire les ordonnances, à comprendre les médicaments car pour appliquer un taux de prise en charge sur un produit, il faut connaître ce produit. Quand on vous dit que l'IPM prend en charge tout ce qui est curatif, tout ce qui est préventif est exclu. Il faut savoir faire la différence entre ce qui est préventif et ce qui est curatif. Il y a aussi l'aspect juridique puisque c'est dans le cas de la gestion des ressources humaines. Vous gérez un personnel et ce dernier a un certain nombre de droits acquis à travers des textes réglementaires (lois, décrets, arrêtés) qu'il faut maîtriser. Aussi lorsqu'on intervient sur le salaire de quelqu'un alors on sait combien le salaire est sensible, donc si vous opérez des retenues sur le salaire de quelqu'un, il faut arriver à pouvoir d'abord sur le plan comptable lui dire que vous avez consommé ça, voici la quote-part, mais s'il y a aussi des quotités cessibles pouvoir argumenter juridiquement l'intervention. (M. F. président de la coordination des IPM du Sénégal)

Source : PSOBD (2010)

Ces personnes doivent donc, apprendre à se familiariser avec les outils et les techniques de management, de comptabilité, de droit social, d'assurance et même de médecine.

Au total, les IPM manquent de ressources humaines de qualité puisque les gestionnaires et les dirigeants sont souvent des travailleurs spécialisés dans d'autres métiers, ce qui peut avoir des conséquences importantes sur la gestion et la gouvernance de ces institutions.

Par ailleurs, l'efficacité, le dynamisme et la viabilité des structures de prévoyance maladie dépendent certes de la disponibilité en continu de ressources financières, de la qualité du personnel gérant mais aussi d'une bonne gouvernance au niveau de ces structures. Or ces dernières années de nombreux cas de corruption, de mauvaise gestion et de mal gouvernance ont été décriées dans certaines structures de prévoyance maladie. Les causes de ces pratiques sont multiples mais l'absence de contrôle des IPM par une institution externe ou par l'État (Diouf K. , 2007), le manque de formation des gestionnaires et la nature des relations avec les prestataires ont une incidence sur la gouvernance de ces structures.

-Au niveau des bénéficiaires : les travailleurs souscrivent pour leur santé et celle de leur famille proche (épouses, enfants) mais certains d'entre eux essayent parfois de faire bénéficier des personnes qui n'ont pas droit aux prestations (parents, employés à domicile, cousins (es), neveux, tantes et oncles) en leur donnant le carnet d'adhérent. Cette pratique peut se faire de façon désintéressée ou monnayée lorsqu'il s'agit de personnes n'appartenant pas à la famille du travailleur. Cette façon de faire, qui est assimilable à la fraude, augmente les dépenses des institutions de prévoyance qui se retrouvent à payer les soins de personnes qui ne cotisent pas mais aussi du travailleur puisqu'il va rembourser sa quote-part pendant des mois alors qu'il n'a pas bénéficié directement de prestations.

-Au niveau des prestataires : les médecins, les infirmiers, les techniciens en santé et les pharmaciens sont les principaux prestataires de soins dans le cadre de l'assurance maladie. Ces derniers facturent leurs prestations selon une tarification en vigueur (légale ou négociée) aux patients qui par le biais de l'assurance vont rembourser les frais de soins. Les assurances sont des moyens pour les prestataires de soins d'augmenter leurs chiffres d'affaires car les IPM et les assurances commerciales apportent non seulement une clientèle très importante mais elles garantissent aussi le remboursement des soins.

Toutefois, certains prestataires se livrent à des pratiques de surfacturation ou de facturation à l'acte pour gagner une marge bénéficiaire sur les institutions de prévoyance santé, comme l'affirme ce médecin qui travaille avec les structures d'assurances.

Il m'arrive quand je veux voyager ou quand j'ai un truc imminent, je les appelle, je les intéresse et ils me règlent mon problème. C'est sur ma marge bénéficiaire que je leur donne alors qu'il y a des gens, ils surfacturent et c'est sur cette base là qu'ils leur donnent. Moi je perds de l'argent pour qu'on me paie alors qu'il y a d'autres qu'ils surfacturent et cet argent est destiné à la corruption. (Dr ND., médecin contractant avec les assurances sociales)

Source : PSOBD (2010)

-Au niveau des gestionnaires : le fonctionnement des IPM est souvent décrié par les travailleurs qui dénoncent une mauvaise gestion des institutions par des gérants qui sont issus le plus souvent des entreprises sans une formation suffisante en matière de management et de gestion des organisations.

Les principaux acteurs critiqués dans ce cas sont les présidents d'IPM et leurs collaborateurs qui négocient des tarifs avec les prestataires ou demandent un intéressement pour favoriser le traitement des dossiers dans un délai assez court.

En général ce sont les gérants qui orientent les patients selon leurs avantages parce que c'est un système où la corruption fait des ravages. Il y a des gérants, si vous leur déduisez 10% ou 5%, il vous envoie les malades. En général, il oriente quasiment les malades. Les gérants d'IPM gagnent sur les factures, sur les délais de paiement et sur les montants, (...). En ce qui concerne l'orientation des malades, parfois il y a une complicité entre les médecins et les gérants d'IPM. Parfois, les soins même sont surfacturés et la différence est versée au gérant. Ça va directement dans les poches du gérant. Il y a une corruption grave et persistante au niveau des IPM même si elles ne sont pas toutes corrompues. La corruption se fait au niveau de la surfacturation et il y a aussi un intéressement. Par exemple là où ta facture devait faire deux mois (60 jours) ça te fait quinze jours ou trente jours parce que le gérant a un intérêt, par exemple si vous lui promettez 10% ou 15% de la facture, il y a de fortes chances que la facture ne dure pas un mois. La pratique est monnaie courante voire la règle à Dakar. (Dr ND. médecin contractant avec les assurances sociales)

Source : PSOBD (2010)

Ces pratiques constituent une entrave au développement et la pérennité des structures de prévoyance maladie à Dakar car la fraude et la corruption contribuent à déséquilibrer les ressources financières de ces structures et à la longue peuvent les contraindre à fermer. Pourtant, la loi de 1975 prévoit de punir les fraudeurs et plus particulièrement les administrateurs, les dirigeants et à tout autre agent d'IPM qui aura commis des fraudes ou qui se sera rendu coupable de détournements de fonds¹¹⁸. Mais, le manque de contrôle des institutions sociales, le souci des pouvoirs publics de protéger l'emploi et la difficulté d'apporter des preuves de corruption font que les personnes accusées de malversation, de corruption ou de mal gouvernance sont peu ou pas inquiétées. En cas de différends, les acteurs préfèrent changer de personnes ou d'équipes dirigeantes ou encore fermer la structure au grand dam des salariés et de leurs familles qui se retrouvent sans couverture maladie.

CONCLUSION

Finalement, l'étude du contexte socio-économique, des systèmes de santé et de protection sociale a permis de mieux cerner notre objet d'étude. Il en ressort de façon globale qu'il existe un lien entre ces trois éléments qui fait que la protection sociale sénégalaise apparaît comme assez minimaliste. En effet, le contexte économique et la structuration de la santé permettent d'expliquer entre autres les nombreux dysfonctionnements de l'assurance santé (manque d'unification du système, difficultés de financement, inclusion des IPM, mauvaise gestion), la faiblesse du taux de couverture sociale (20%) et de santé (environ 5%), l'insuffisance des prestations sociales (pensions de retraite, allocations familiales) et de santé, les besoins de protection chez les travailleurs et les difficultés à créer une couverture maladie universelle solide et durable.

Malgré les réformes économiques et du système de santé, les populations sont confrontées à des problèmes d'accès aux soins. L'assurance maladie reste encore inaccessible et les raisons de non affiliation ne sont pas encore maîtrisées.

Dans la troisième partie suivante, nous allons étudier la protection sociale des ouvriers du bâtiment à partir d'une enquête de terrain effectuée à Dakar. Cette partie permettra de mieux comprendre les acteurs et leurs stratégies, les besoins, les moyens, les risques et les politiques de prévention dans les milieux du travail au Sénégal.

¹¹⁸ Article 29 de la loi 75-50 du 03 avril 1975.

TROISIEME PARTIE : L'INDUSTRIE DU BATIMENT A DAKAR : POPULATION, RISQUES ET PROTECTION SOCIALE

Après la construction théorique, méthodologique et l'analyse du cadre d'évolution, nous présentons dans cette partie les résultats issus de l'enquête de terrain.

Cette troisième partie comprend quatre chapitres. Elle est le lieu d'analyse et d'interprétations des informations collectées auprès des acteurs de la protection sociale (ouvriers, chefs d'entreprises, responsables de sécurité, prestataires de soins, responsables d'institutions sociales et délégués syndicaux).

Le premier chapitre présente les données sociodémographiques et économiques de la population d'étude. Il s'agit des informations relatives à l'identification de l'enquêté (âge, éducation, ethnie, situation matrimoniale), son statut socio-professionnel (métier, statut, catégorie, échelon) et les stratégies de prise en charge et de financement de la santé dans le ménage.

Par exemple, la connaissance de l'âge et de l'éducation permettra de vérifier leur impact sur la mise en œuvre des consignes de sécurité et donc de vérifier si elle relève de l'expérience, ou du niveau éducatif. De même, l'étude de la composition et de la taille du ménage est très importante dans la mesure où elle permet de faire une corrélation entre les revenus, les dépenses et les besoins en matière de santé pour mieux appréhender la protection sociale des ouvriers au travail et dans la sphère familiale.

Dans le deuxième chapitre, nous présentons le secteur du bâtiment à Dakar et plus précisément l'environnement du travail (conditions de travail, risques) et les différentes mesures de sécurité et de protection de l'ouvrier. L'étude de l'environnement du travail permet de mieux comprendre les risques encourus par les ouvriers et le dispositif sécuritaire dans les chantiers. Ce chapitre va essayer d'apporter des réponses aux questions relatives à la conception du risque au travail mais aussi aux comportements liés à l'usage des équipements de protection individuels et collectifs.

Le troisième chapitre étudie la protection sociale des ouvriers avec l'analyse des besoins sécuritaires chez le travailleur et sa famille et les politiques de sécurité dans le secteur.

Ainsi, dans cette sous-partie, nous tentons d'une part, d'appréhender l'insécurité par l'analyse des besoins de prise en charge médicale et d'autre part les politiques et mesures sécuritaires élaborées dans le secteur et dans l'entreprise.

Les résultats de l'analyse permettent de mesurer l'insécurité dans le bâtiment et d'expliquer la protection sociale des travailleurs.

Enfin, dans le dernier chapitre, nous procédons à une analyse du modèle sénégalais d'assurance santé dans la perspective d'une couverture maladie universelle. L'idée est de montrer la faisabilité d'un programme universel d'assurance santé dans le contexte actuel. Autrement dit, quels sont les défis techniques, structurels, financiers, humains auxquels le Sénégal pourrait être confronté s'il se lançait dans une politique d'universalisation de l'assurance santé ? Dans ce texte, nous cherchons à montrer l'avenir du modèle sénégalais de protection sociale en globale et de l'assurance santé en particulier. Ce chapitre permet de relever les incertitudes en matière de sécurité sociale dans le cadre d'une couverture universelle au Sénégal.

En somme, dans cette troisième partie, nous essayons à travers l'analyse des données quantitatives et qualitatives de comprendre la protection sociale des ouvriers du bâtiment à Dakar. Les résultats des analyses statistiques et sociologiques permettent de répondre aux questions sur le taux et le niveau de couverture, les risques et les besoins de sécurité des ouvriers et de leurs familles.

CHAPITRE VI : ANALYSE SOCIODEMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION OUVRIERE DANS LE BATIMENT

Le bâtiment est un secteur très hétérogène dans lequel on retrouve toutes les catégories sociales, de tout âge, de toute origine et dans des corps de métier assez divers.

L'enquête de terrain menée dans le cadre de cette thèse a permis de recueillir des informations très importantes sur la population de ce secteur. Ces données qualitatives et quantitatives ont été obtenues par le biais de questionnaires et d'entretiens individuels avec les acteurs de la protection sociale (ouvriers, cadres, chefs d'entreprises, cadres d'institutions sociales, délégués du personnel). Elles renseignent sur l'identité des individus enquêtés (origine géographique, appartenance socio-culturelle, qualification, niveau d'études) et les caractéristiques socio-économiques des ménages (composition, taille, revenus, dépenses, difficultés économiques). Une analyse approfondie de ces informations permet de mieux comprendre la situation, le vécu et les stratégies des travailleurs du bâtiment en matière de risque, de sécurité et de protection sociale.

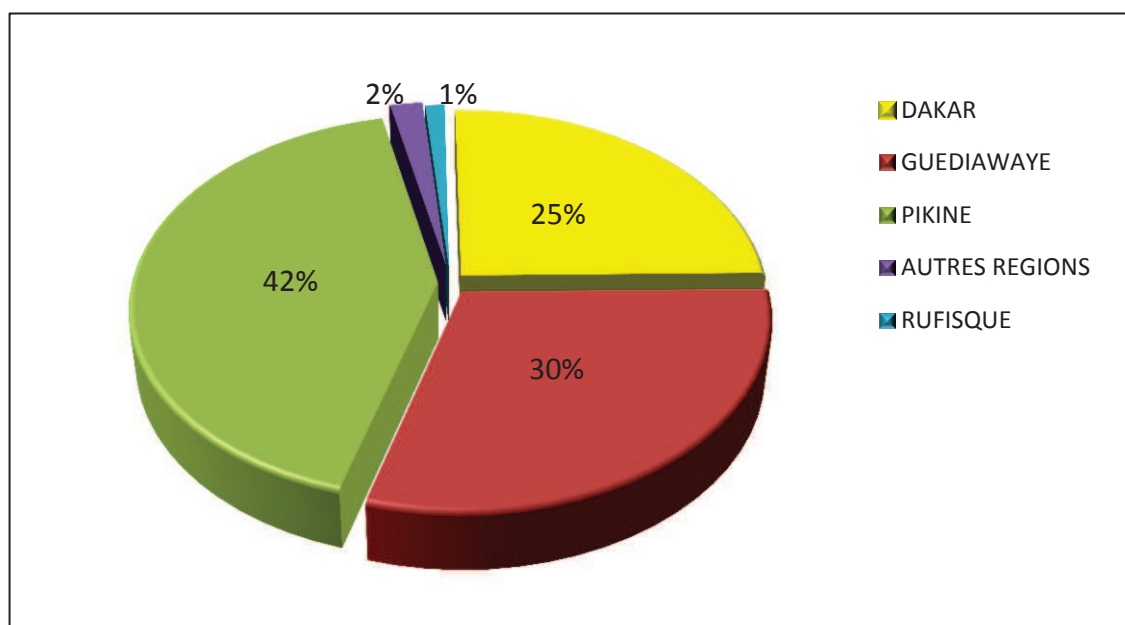
VI-1-Les caractéristiques sociodémographiques

L'étude des caractéristiques sociales et démographiques est pertinente en ce sens que les besoins de protection et de sécurité peuvent varier selon l'âge et le milieu social de l'ouvrier. Nous estimons par exemple que plus l'ouvrier est âgé, plus il a besoin de prise en charge sanitaire car avec l'âge, les capacités physiques diminuent et l'état de santé se dégrade tandis que les maladies et les accidents deviennent fréquents. De même, les besoins de prise en charge sanitaire peuvent varier selon la situation matrimoniale et la taille du ménage. Enfin, selon l'origine socio-culturelle, les conceptions, les attitudes et les comportements face aux risques et à l'assurance peuvent varier. Etudier les caractéristiques sociodémographiques des ouvriers permet donc de répondre aux questions sur les besoins de santé et les prises de risque au travail mais aussi de comparer ces résultats selon ces caractéristiques et les groupes.

VI-1-1-La population ouvrière dans le bâtiment à Dakar

La population du bâtiment est généralement constituée exclusivement d'hommes, même si on peut trouver des femmes dans certains corps de métier, comme la décoration, la peinture ou la plomberie. Cependant, en ce qui concerne cette recherche, nous n'avons pu ni trouver ni interroger des individus de genre féminin. Notre échantillon de 531 individus est composé uniquement d'hommes. Cette absence de femmes se justifie souvent par les conceptions selon lesquelles l'emploi nécessite beaucoup d'heures de travail, de force physique et de prise de risque permanent. D'ailleurs, l'Organisation Internationale du Travail (OIT) estime que dans le monde entier, plus de 90% des travailleurs de la construction (BTP) sont des hommes (Weeks, 2002, p. 93.2). Bien évidemment cette absence ne signifie pas que les Sénégalaises n'ont pas la capacité à évoluer dans le domaine. Au contraire, elles sont de plus en plus entreprenantes et on les retrouve dans presque toutes les activités socio-économiques productrices de richesses. Pour ce qui concerne leur résidence, les personnes enquêtées habitent en majorité (72%) dans la banlieue lointaine avec 42% d'ouvriers résidant à Pikine et 30% à Guédiawaye.

Graphique 8: Répartition de l'échantillon selon la zone de résidence¹¹⁹



Source : PSOBD (2010)

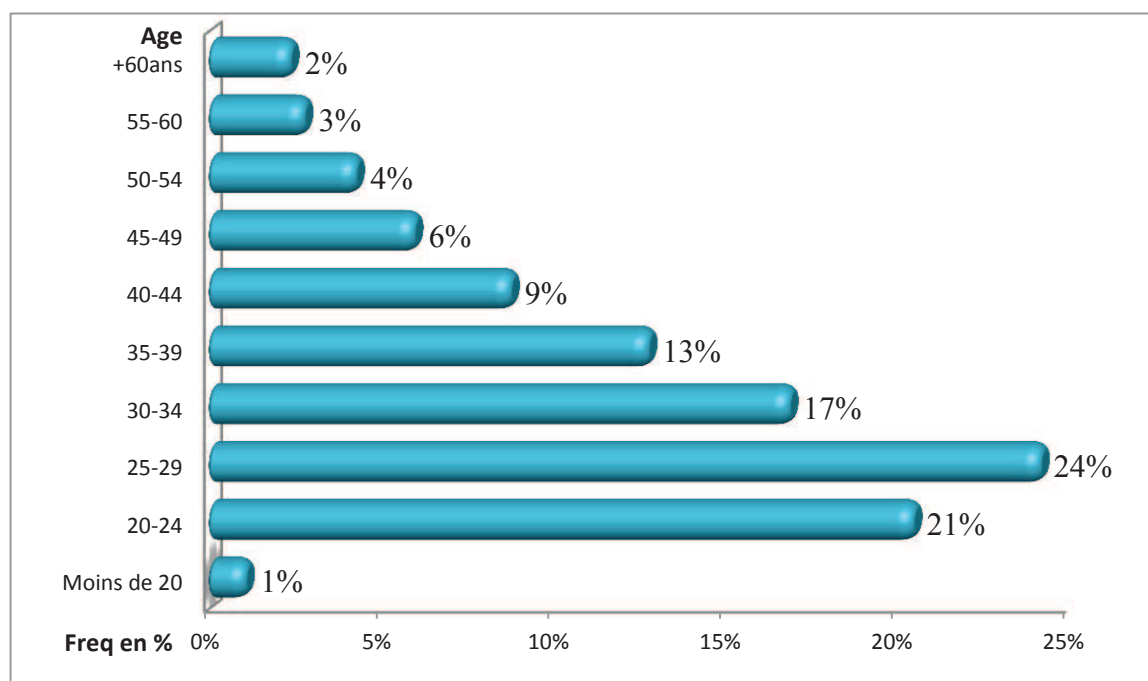
¹¹⁹ Graphique construit sur un échantillon de 531 individus.

Il faut dire que la banlieue dakaroise est par excellence le « grand dortoir » des populations ouvrières. En effet, la configuration spatiale de la ville fait que la périphérie est le lieu de résidence tandis que le centre-ville est le siège des administrations, de certaines structures socio-économiques (banques, centres commerciaux, assurances) et le champ d'activité des acteurs de la petite production marchande.

Par ailleurs, on retrouve dans le bâtiment presque tous les âges : des jeunes de moins de 15 ans aux adultes de plus de 60 ans. La présence de jeunes se justifie certes par la nécessité de la force physique mais aussi par le fait que l'industrie de la construction est un secteur d'apprentissage qui accueille les futurs ouvriers dès le début de l'adolescence. Ces derniers entrent très jeunes (entre 10 et 15 ans) dans l'emploi et passent des années (en moyenne entre 5-10 ans) à apprendre sur le tas les métiers de menuiserie, de maçonnerie, de plomberie ou d'électricité.

Par contre, pour ce qui concerne la présence des personnes âgées de plus de 50 ans, il faut dire que ce sont souvent des propriétaires d'entreprises, de chefs d'ateliers ou d'équipes qui accompagnent, supervisent et forment les jeunes au métier.

Graphique 9 : Répartition de l'échantillon selon l'âge de l'ouvrier¹²⁰



Source : PSOBD (2010)

¹²⁰ Graphique construit sur un échantillon de 531 individus.

Le graphique 9 montre que notre échantillon est composé en majorité d'adultes (75%) âgés entre 20 et 40 ans avec une faible présence des jeunes de moins de 20 ans (1%). Plus précisément, 45% de notre échantillon ont un âge compris entre 20 à 29 ans et 30% entre 30 et 39 ans et 24% de plus de 40 ans.

De façon globale, les ouvriers enquêtés sont dans l'intervalle d'âge qui correspond à la période d'activité (15-55 ans).

Toutefois, le graphique précédent semble indiquer une très forte déperdition après 30 ans. Pour expliquer ce phénomène nous faisons l'hypothèse qu'avec la pénibilité connue du métier¹²¹ (Struillou, 2003), les ouvriers abandonnent l'emploi au-delà de 40 ans. Ce retrait du métier se justifierait, par la pénibilité des conditions de travail sur les chantiers, la fluctuation des besoins de main d'œuvre et le manque de perspective de carrière (Aghulon & Grando, 1996, p. 139). Ainsi, le bâtiment est un tremplin pour les jeunes en bonne santé physique et les personnes qui cherchent une stabilité professionnelle.

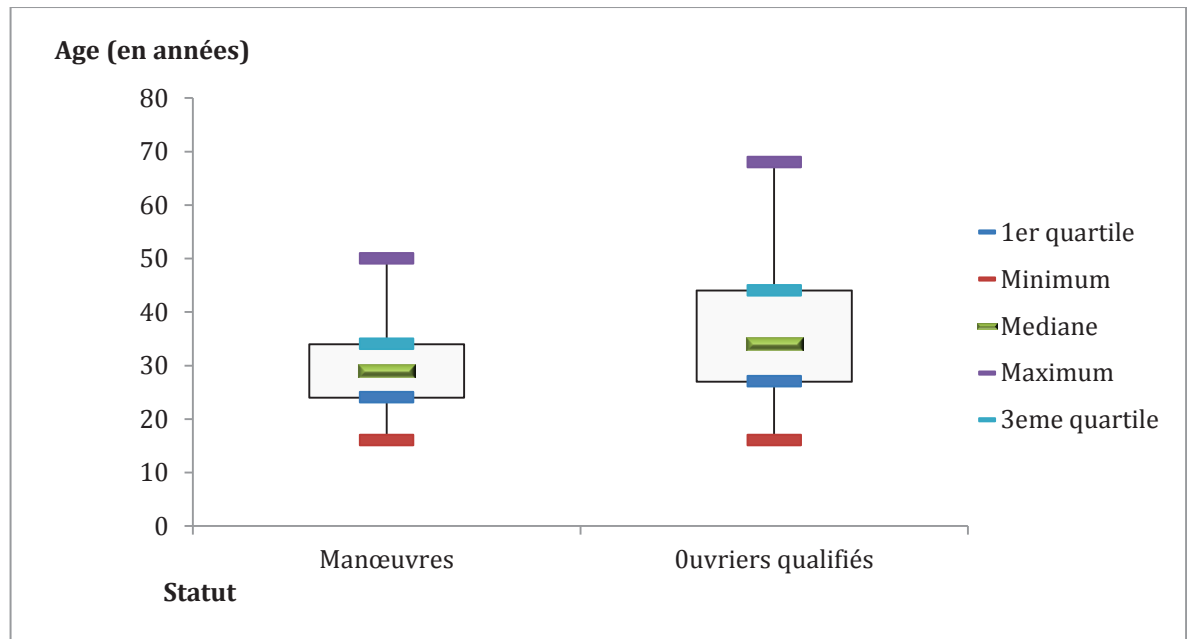
L'âge moyen dans notre échantillon est de 33 ans tandis que l'âge médian dans le métier varie selon le statut de l'ouvrier. Pour les manœuvres, il est de 30 ans, tandis que les ouvriers qualifiés et professionnels ont un âge médian égal à 35 ans¹²². Le groupe des manœuvres représente la catégorie la plus jeune dans l'échantillon comme le montre le graphique 10 suivant¹²³.

¹²¹ Aussi, voir Décret n°2011-824 du 7 juillet 2011 relatif aux accords conclus en faveur de la prévention de la pénibilité et les accords d'indemnisation de la pénibilité dans le bâtiment signés en Provence-Alpes-Côte-d'Azur (l'accord régional du 30 avril 2008, relatif à la prime de pénibilité).

¹²² L'intervalle d'âge est plus étendu chez les ouvriers qualifiés que chez les manœuvres, comme on peut le voir dans le graphique 10.

¹²³ Cette réalité est confirmée par le placement dans le graphique de la médiane. En effet, dans le groupe d'ouvriers qualifiés, on peut voir qu'une grande partie d'ouvriers est âgée de plus 30 ans puisque la médiane est proche des valeurs inférieures (1^{er} quartile).

Graphique 10 : Représentation de l'échantillon (Boîte à moustaches de Tukey) selon l'âge et le statut¹²⁴



Source : PSOBD (2010)

Pour expliquer cette situation, nous posons l'hypothèse que l'activité des manœuvres demande moins de formation ou d'apprentissage et plus de force physique (donc de jeunesse). Les manœuvres n'ont pas besoin de suivre d'études spécifiques ou de formation longue pour leurs activités tandis que les ouvriers qualifiés ont besoin d'apprendre ou de se former pour acquérir de compétences qu'exige leur métier. De ce fait, les ouvriers arrivent un peu plus âgés dans leur statut que les manœuvres. D'ailleurs, il y a une relation positive et significative entre l'âge et la catégorie à laquelle appartient l'ouvrier¹²⁵. Autrement dit, plus l'ouvrier est âgé, plus il est qualifié ou encore : l'ouvrier acquiert sa qualification dans le temps. Cela montre aussi que la qualification passe par un apprentissage informel et non par un système de certification formel. De même, l'étude sur l'ancienneté montre que les ouvriers les plus qualifiés ont souvent plus d'années d'activité. En effet, 72% des ouvriers qualifiés ont plus de 10 ans d'expériences contre 48% pour les manœuvres¹²⁶.

¹²⁴ Graphique construit sur un échantillon de 477 individus.

¹²⁵ Le coefficient de Pearson $r = 0,234$; $p < 0,001$.

¹²⁶ Voir tableau 52 en annexe II-2.

Par contre, ces derniers sont trois fois plus nombreux si l'on s'intéresse aux travailleurs qui ont moins de 5 ans d'activité¹²⁷. On peut supposer à ce niveau que les ouvriers ne sont pas recrutés avec leur statut, mais ont bénéficié de compétences dans leur métier au fil des années et des expériences.

Enfin, en étudiant la durée d'activité par rapport à l'âge¹²⁸, on découvre que les ouvriers entrent dans le métier assez jeune puisque 48% des 25-29 ans ont plus de 10 années d'expérience et 50% des moins de 20 ans ont moins de 5 années d'activité comme le montre le tableau 6 suivant¹²⁹.

Tableau 6: Répartition de l'échantillon selon l'âge et la durée d'activité¹³⁰

		Depuis combien de temps exercez-vous ce métier? (en années)			TOTAL
		< 5	5-10	>10	
Quel est votre âge ? (en années)	<20	50%	33%	17%	100%
	20-24	37%	37%	27%	100%
	25-29	16%	36%	48%	100%
	30-34	3%	20%	77%	100%
	35-39	3%	13%	84%	100%
	40-44	4%	11%	85%	100%
	45-49	3%	3%	94%	100%
	50-54	-	4%	96%	100%
	55-60	-	7%	93%	100%
	>60	8%	-	92%	100%
TOTAL		14%	23%	63%	100%

Source : PSOBD (2010)

¹²⁷ Ces données sont très significatives dans l'échantillon: Chi2=19,087 ; ddl=4 ; 1- p> 99,99%). (Voir tableau 53 en annexe II-3).

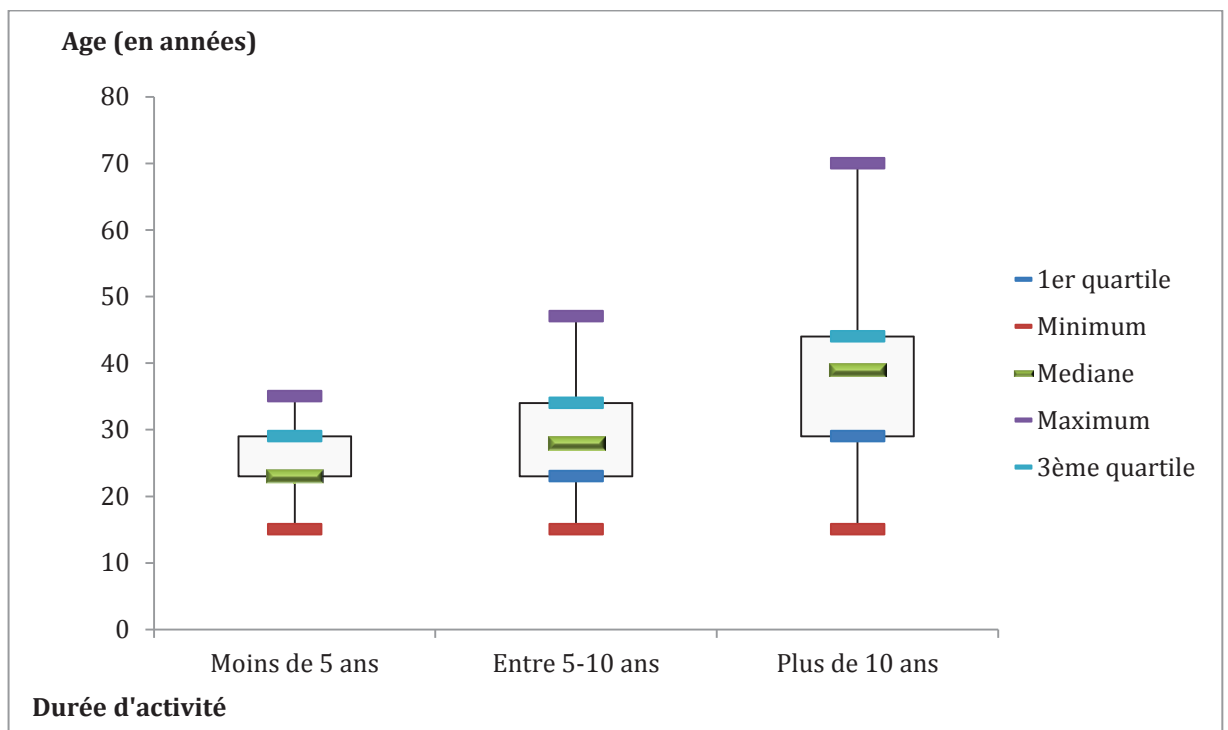
¹²⁸ Nous avons choisi de n'intégrer dans notre texte que des résultats statistiquement significatifs, c'est-à-dire des tableaux et des graphiques dont les tests de dépendance ou d'indépendance indiquent une marge d'erreurs inférieure à 5% (0,005 < p < 0,001).

¹²⁹ Le résultat est très significatif: Chi2 = 164,137 ; ddl=18 ; 1-p = >99,99%. (Voir tableau 55 en annexe II-3).

¹³⁰ Tableau construit sur un échantillon de 531 individus; les pourcentages sont en ligne.

Cette relation entre l'âge et la durée d'activité peut être représentée par la boîte à Moustaches de Tukey qui offre une visibilité plus nette entre les deux variables. En effet, on peut voir dans les boîtes à moustaches (graphique 11) que l'âge médian est assez bas pour ceux qui ont moins de 5 ans d'activité et haut pour le groupe qui a plus de 10 ans d'ancienneté. Cela montre que les ouvriers commencent leur métier assez jeune (souvent entre 12-18 ans) parce que la médiane se confond presque au premier quartile.

Graphique 11 : Représentation de l'échantillon (Boîte à moustaches) selon l'âge et l'ancienneté¹³¹



Source : PSOBD (2010)

Ces données sont importantes pour notre analyse parce qu'elles révèlent que le métier du bâtiment est un choix qui se fait très tôt pendant l'adolescence.

On peut avancer l'hypothèse qu'ils entrent dans le métier, très jeunes (entre 12-18 ans) après l'échec scolaire. Les statistiques sur l'abandon scolaire révèlent qu'en 2005 environ 5% des enfants de 7 à 14 ans n'ont pas terminé le cycle primaire (Ansd, août 2007).

¹³¹ Le graphique est construit sur un échantillon de 480 individus.

Toutefois, il faut relativiser cette assertion puisque cela suppose que tous les enfants vont à l'école au Sénégal. Or les données en matière de scolarisation montrent que le taux net de scolarisation est d'environ 46% en 2002 et que près de 89% des sénégalais ont un niveau d'instruction inférieur ou égal au primaire (Ansd, juin 2008).

Par ailleurs, s'agissant du statut matrimonial des individus, l'enquête révèle qu'un peu plus de la moitié des ouvriers est marié soit environ 52% contre 47% de célibataires et 1% de divorcés et de veufs¹³².

Le taux élevé d'ouvriers célibataires peut s'expliquer par le fait que l'emploi du bâtiment est un métier qui attire de nombreux jeunes de moins de 30 ans et par le recul de l'âge du premier mariage au Sénégal¹³³. En effet, les travailleurs du bâtiment sont souvent des jeunes qui n'ont pas pu intégrer les secteurs modernes de l'économie à cause de leur manque de formation ou de qualification mais aussi du « verrouillage » des secteurs du fait de difficultés économiques ces dernières décennies¹³⁴. L'âge moyen général dans le bâtiment tourne autour de 30 ans mais on y trouve de nombreux jeunes âgés entre 15 et 25 ans, surtout dans les corps de métiers comme la maçonnerie, le carrelage, la menuiserie. Le pourcentage élevé de célibataires est aussi le résultat de comportements démographiques observés ces dernières années (Adjamagbo & Antoine, 2002) avec le recul de l'âge au premier mariage. Au Sénégal, les mariages précoces ont diminué¹³⁵ du fait entre autres de la scolarisation, des difficultés économiques et d'incertitudes sur le marché de l'emploi.

S'agissant du taux de divorcés, Il faut souligner à ce niveau que contrairement à la France (Chaussebourg, Carrasco, & Lermenier, 2009) ou à certains pays européens (Belgique, Lituanie, Portugal, Royaume Uni, Suède), l'effectif des personnes divorcées assez faible¹³⁶. Au Sénégal, le phénomène reste encore marginal même s'il est de plus en plus vécu, surtout dans les grands centres urbains (Antoine & Dial, 2005).

¹³² Voir tableau 2 en annexe II-1.

¹³³ Selon les données de l'Enquête démographique et de Santé, entre 2005 et 2010-2011, (EDS-MICS 2010-2011) l'âge à la première union a sensiblement reculé en passant de 28,1 ans à 29 ans chez les hommes et de 18,5 ans à 19,6 ans chez les femmes ; il y a donc un écart d'âge au mariage de 10 entre les hommes et les femmes, écart qui ne diminue pas.

¹³⁴ Le gouvernement du Sénégal a procédé durant les années 1980-1990 au gel des recrutements, à l'encouragement des départs volontaires et à des licenciements massifs pendant les périodes d'ajustement pour diminuer la masse salariale de la fonction publique tandis que le privé n'a pas pu créer assez d'emploi pour les jeunes notamment.

¹³⁵ En 2011, l'enquête démographique et de Santé (EDS-MICS 2010-2011) révèle que l'âge médian à la première union des hommes est de 29,2 ans alors qu'il était de 28 ans en 2002 (RGPH 3).

¹³⁶ En 2002, le RGPH 3 estime à 1% la proportion des divorcés et 2,6% des veufs au Sénégal.

En effet, les hommes se remarient le plus souvent après un divorce ou le décès de la conjointe. D'ailleurs, avec la polygamie, les phénomènes de veuvage ou du célibat sont assez rares pour les mariés puisque 22% des hommes ont une tierce épouse¹³⁷.

Par ailleurs, le taux de paternité est très important dans notre échantillon puisque 50% des ouvriers sont pères¹³⁸. Mais, le statut de père n'est pas forcément lié à la situation matrimoniale car, on trouve à la fois des ouvriers mariés et des ouvriers célibataires qui sont pères même si le dernier groupe (9%) est moins nombreux dans l'échantillon par rapport aux mariés (88%)¹³⁹.

Tableau 7 : Répartition de l'échantillon selon le statut matrimonial et la paternité¹⁴⁰

Quelle est votre situation matrimoniale ? Avez-vous des enfants ?	Marié	Célibataire	Divorcé et veuf	TOTAL
Oui	88%	9%	3%	100%
Non	16%	84%	0%	100%
TOTAL	51%	47%	2%	100%

Source : PSOBD (2010)

Au Sénégal, comme dans de nombreux pays, la fécondité dépend aussi de la situation matrimoniale des individus. Le graphique 12 révèle que le nombre d'enfants varie en fonction du statut matrimonial de l'ouvrier. Ainsi, 84% d'ouvriers sans enfants sont des célibataires et environ 97% de ceux qui ont plus de cinq enfants sont des mariés¹⁴¹.

¹³⁷ En 2002, on estime que 38,1% des Sénégalais mariés sont des polygames. Les hommes représentent 22,5% de la population vivant en polygamie (parmi la population en union âgée de 12 ans et plus) contre 49,8% chez les femmes. L'intensité de la polygamie est de 2,9 femmes par homme polygame. (RGPH 3 - *Rapport national de présentation des résultats définitifs*-ANSD /Décembre 2006, p. 31).

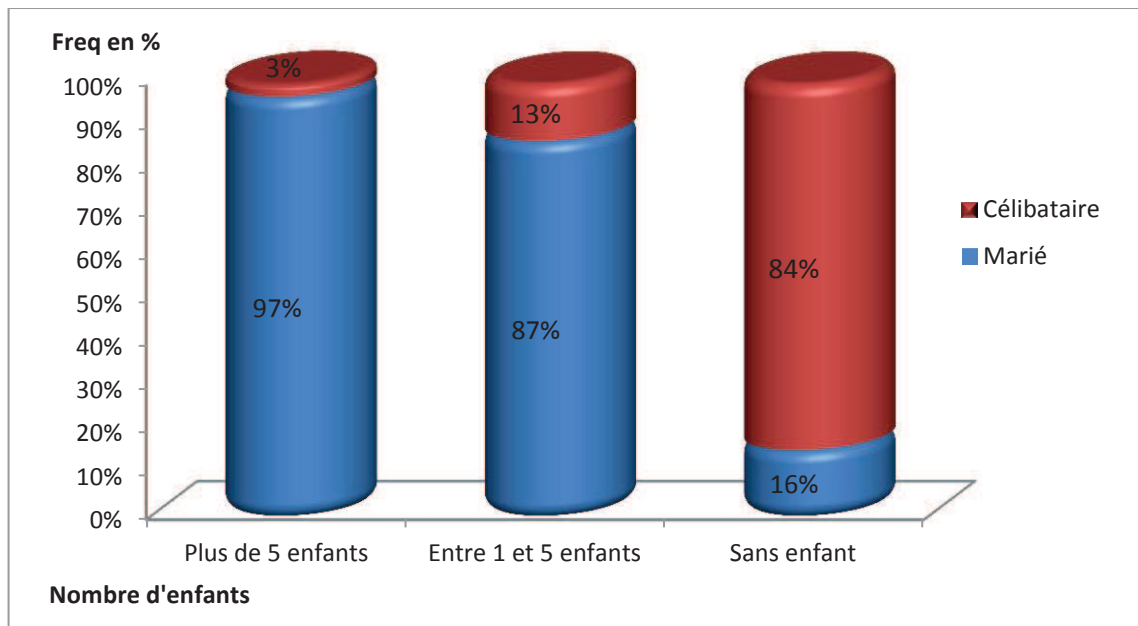
¹³⁸ Résultat estimé sur un échantillon de 527 ouvriers.

¹³⁹ La dépendance est très significative. Chi2 = 298,06, ddl = 2, 1-p = >99,99%.

¹⁴⁰ Tableau construit sur un échantillon de 531 individus; les pourcentages sont en ligne.

¹⁴¹ La dépendance est très significative. Chi2 = 287, 976 ; ddl = 3 ; 1-p = >99,99%. (Voir tableau 59 en annexe II-3).

Graphique 12 : Répartition de l'échantillon selon la fécondité et la situation matrimoniale¹⁴²



Source : PSODB (2010)

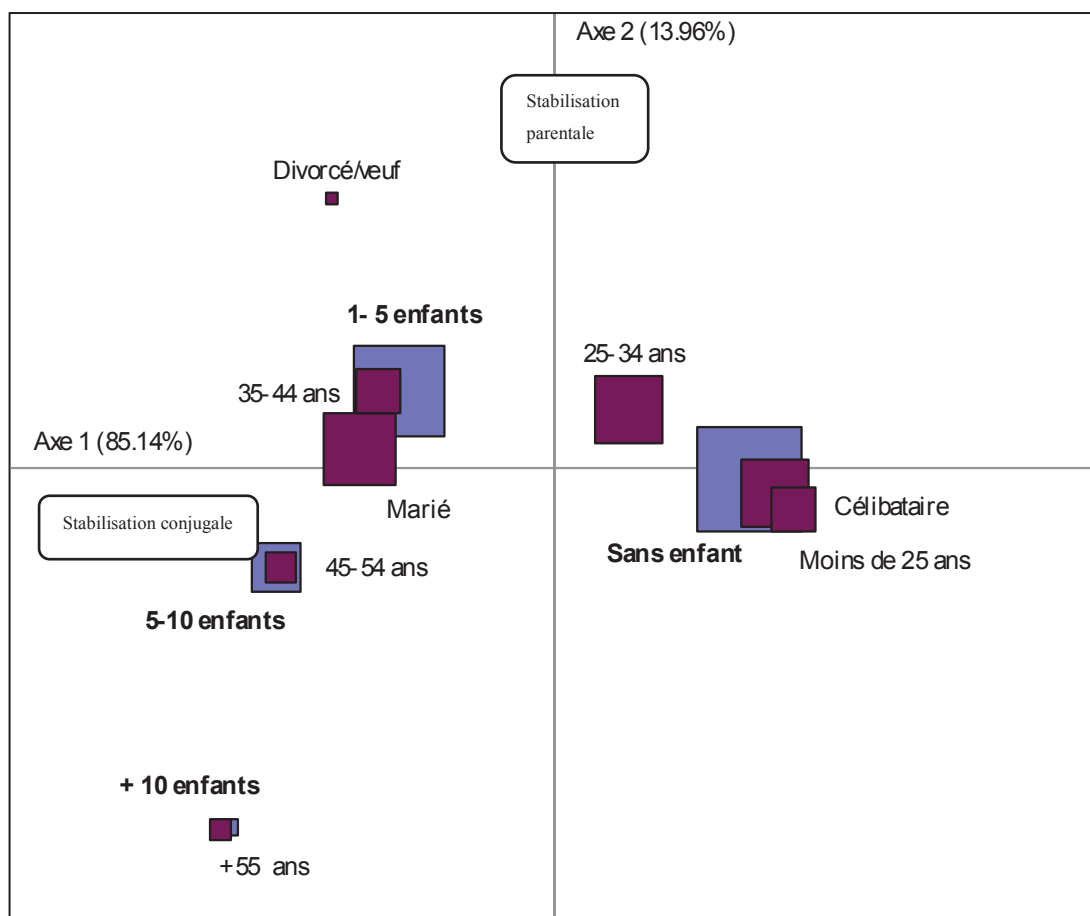
Le lien entre l'âge, la situation matrimoniale et le nombre d'enfants, se confirme avec le graphique 13 suivant qui montre une relation entre les trois variables dans notre échantillon. En effet, le nombre d'enfants est associé à l'âge et au statut matrimonial. Les jeunes ouvriers de moins de 25 ans sont célibataires et sans enfants alors que les ouvriers les plus âgés ont plus de 10 enfants.

La carte factorielle montre d'un côté (Axe 1) que la stabilisation conjugale (mariage) est un facteur déterminant de la fécondité (nombre d'enfants) et de l'autre que l'âge influe sur la taille du ménage (axe 2). D'abord, on peut observer dans ce graphique qu'en moyenne les ouvriers célibataires n'ont pas d'enfants contrairement aux mariés. Toutefois, nous avons vu que ces données ne reflètent pas totalement la réalité car, dans notre échantillon, on retrouve des célibataires qui sont pères.

Ensuite, l'âge influe sur la fécondité puisque dans l'échantillon, les travailleurs de moins de 25 ans n'ont pas d'enfants tandis que ceux dont l'âge se situe entre 35 et 44 ans ont en moyenne moins de 5 enfants et les ouvriers de plus de 55 ans ont plus de 10 enfants.

¹⁴² Graphique construit sur un échantillon de 518 individus; les pourcentages sont en ligne.

Graphique 13 : Carte factorielle portant sur l'âge, le statut matrimonial et la fécondité¹⁴³



Source : PSODB (2010)

Ces données rejoignent les lois démographiques, puisque le plus souvent la fécondité varie en fonction de l'âge¹⁴⁴ mais aussi d'autres facteurs comme la durée des unions, la fréquence des rapports sexuels, le recours à la contraception, les séparations de corps et l'état de santé des conjoints (Caselli, Vallin, & Wunsh, 2002).

Pour autant, les résultats montrent bien que le mariage est le cadre privilégié pour avoir des enfants chez la grande majorité des ouvriers¹⁴⁵.

¹⁴³ La carte montre les positions des 3 modalités. Environ 100% de la variance (inertie) est expliquée par les deux axes représentés (l'axe 1 explique 85,14% et l'axe 2 est égal à 13,96%). Les non-réponses ont été ignorées et les carrés bleus indiquent le nombre d'enfants.

¹⁴⁴ Les lois démographiques renseignent que pour une population donnée, la fécondité est d'abord très basse à 15 ans (proche de zéro) puis haute entre 20 et 40 et enfin faible voire nulle à partir de 50 ans.

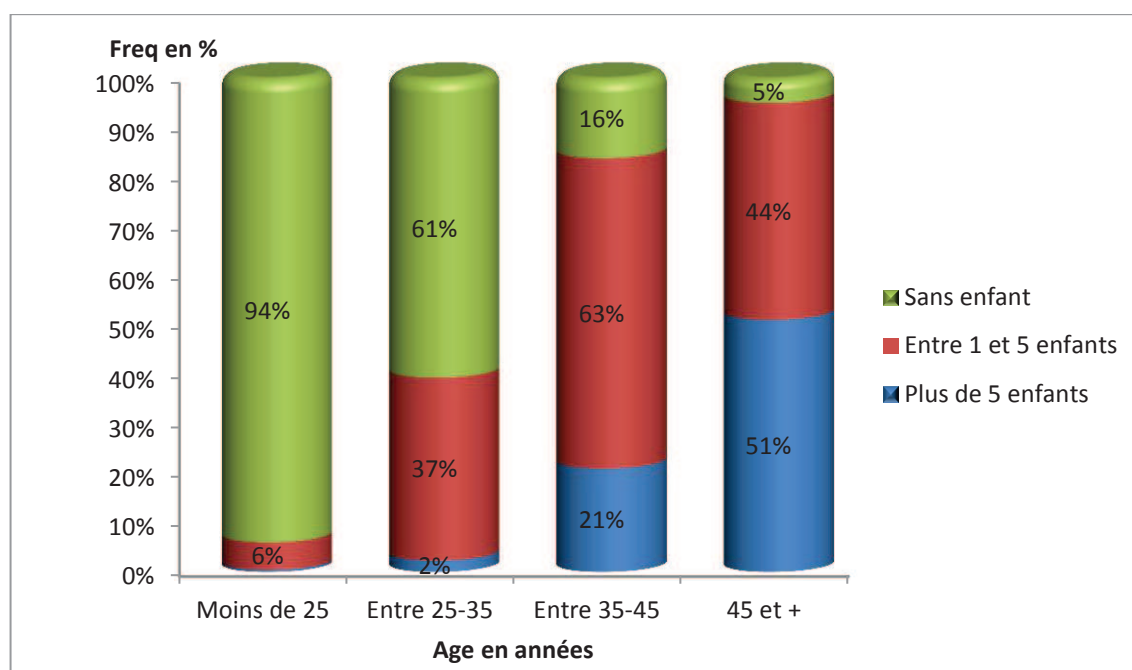
¹⁴⁵ Cette réalité est confirmée par les tests de corrélation (le coefficient de Pearson $r = -0,66$; $p < 0,001$) et d'association (les valeurs de Phi et de V de Cramer sont 0,746) qui montrent une liaison forte et positive entre les deux variables (Voir tableau 118 en annexe II-3).

Au Sénégal, les naissances hors mariages sont peu fréquentes comparée à la France dans la mesure où la société sénégalaise, de tradition musulmane et catholique, a une conception plutôt négative des naissances hors mariages. La fécondité doit se réaliser dans le cadre du mariage.

Par ailleurs, le taux de fécondité des hommes varie selon le milieu de résidence (rural-urbain), le groupe ethnique, les croyances (religions), les pratiques culturelles (polygamie), le niveau d'instruction, et surtout selon l'âge.

Pour ce qui concerne la fécondité par âge, le graphique 14 suivant montre que les moins de 25 ans sont 94% à ne pas avoir d'enfant alors que ce n'est le cas que de 5% des plus de 45 ans. De même, 63% des 35-45 ans ont moins de cinq enfants contre 38% des 25-35 ans, 44% des plus de 45 ans et seulement 6% des moins de 25 ans. Enfin, environ la moitié (51%) des ouvriers âgés de plus de 45 ans, ont plus de cinq enfants alors que ce n'est le cas que d'1% des moins de 35 ans et 21% des 35-45 ans¹⁴⁶.

Graphique 14 : Répartition de l'échantillon selon la fécondité par âge¹⁴⁷



Source : PSOBD (2010)

¹⁴⁶ La dépendance est très significative. Chi2 = 300,769 ; ddl = 12, 1-p = >99,99%. (Voir tableau 56 en annexe II-3).

¹⁴⁷ Graphique construit sur un échantillon de 527 individus; les pourcentages sont en ligne.

Ces informations sur la fécondité permettent d'expliquer un peu la taille des ménages des ouvriers car un indice de fécondité élevé est synonyme de ménage à grande taille, même si en Afrique le ménage n'est pas exclusivement constitué d'un couple et de leurs enfants. En effet, les ménages africains comprennent à la fois les couples, leur descendance (enfants), leur ascendance (parents), des parents proches (frères, sœurs, tantes, oncles, cousin-es), neveux), des parents par alliance (belle-famille), des amis, des membres de communautés villageoises et religieuses. Ainsi, les ménages sont assez grands et se composent le plus souvent de plusieurs personnes vivant et partageant la vie au quotidien¹⁴⁸. Ce modèle se confond souvent avec la famille élargie.

Certes, la taille des ménages devrait être moins grande puisque les familles des centres urbains devraient avoir tendance à se réduire, voire à se nucléariser sous l'effet de la modernisation selon les thèses structuro-fonctionnaliste (Talcott Parsons et William J. Goode) sur la convergence des systèmes familiaux vers le modèle nucléaire (Vimard, 1997).

Néanmoins, comme cet auteur l'a démontré, en Afrique et plus particulièrement à Dakar, il n'y a pas forcément de relation de convergence linéaire de modernisation à nucléarisation familiale. Ainsi, les ménages urbains ne sont pas toujours les plus petits¹⁴⁹ ; parfois, ils présentent une structure familiale plus élargie (Pilon & Vignikin, 2006). La fécondité reste élevée avec environ cinq enfants par femme (Ansd, février 2012).

VI-1-2-L'industrie du bâtiment à Dakar : Un creuset socioculturel

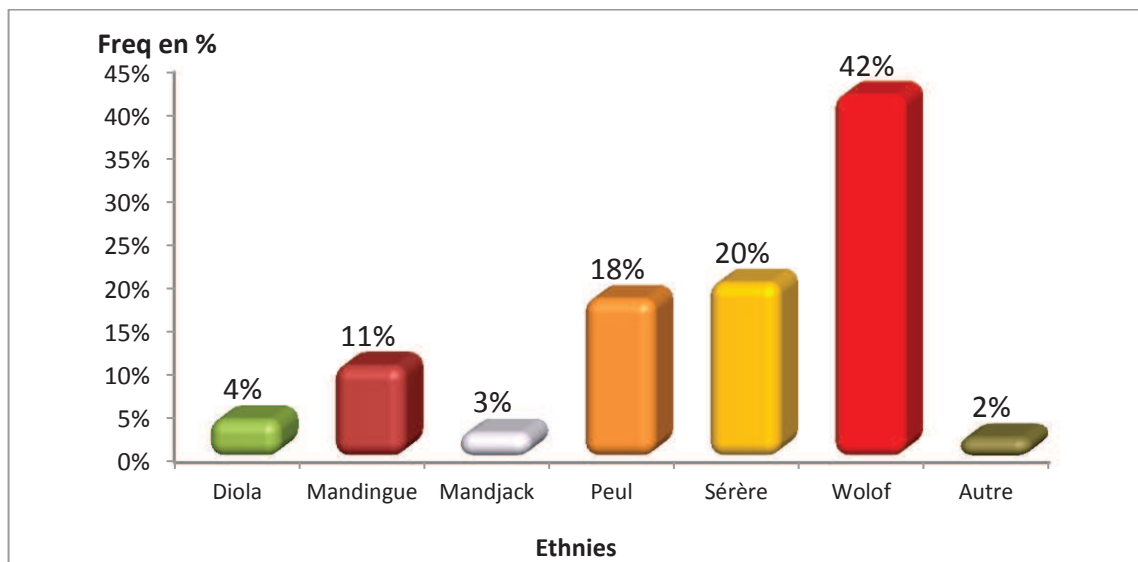
Le Sénégal est un pays multiculturel dans lequel résident plusieurs dizaines de groupes ethniques d'origines locales (Wolof, Sérère, Peul, Diola, Sarakollé, Bassari), régionales (Peul, Mandingue, Maure, Bambara), voire internationales (Libanais, Syriens, Européens,) vivant ensemble depuis plusieurs générations (Diouf M. , 1994). Tous ces groupes vivent en harmonie et se retrouvent dans l'ensemble des domaines socio-économiques. Ainsi, le bâtiment comme tous les autres secteurs est un creuset socio-culturel dans lequel on retrouve presque toutes les ethnies.

¹⁴⁸ Selon les données de la dernière Enquête Démographique et de Santé (EDS-MICS) 2010-2011, la taille moyenne des ménages sénégalais est de 9,3 personnes (8,5 en milieu urbain et 10,1 en zone rurale).

¹⁴⁹ L'enquête EDS-MICS (2010-2011) montre qu'entre 2005 et 2010-2011, on note une augmentation de la taille moyenne des ménages aussi bien en milieu urbain (7,8 contre 8,5 personnes) qu'en milieu rural (9,5 contre 10,1 personnes).

Les données de l'échantillon montrent que les groupes ethniques Wolofs (42%), Sérères (20%) et Peuls (18%) sont les plus représentés. Cette représentation reflète la composition ethnique au niveau national où les Wolofs constituent le groupe majoritaire, suivis des Peuls et des Sérères.

Graphique 15 : Répartition de l'échantillon selon les groupes ethniques¹⁵⁰



Source : PSOBD (2010)

Cependant, pour mieux refléter la représentation ethnique dans l'échantillon nous avons dérogé à la typologie classique et administrative en regroupant certaines minorités au sein de grands ensembles ethniques en fonction de la langue parlée et de la ressemblance de certaines pratiques culturelles (O'brien, 1979) car la langue est un facteur d'unification et d'identification important des personnes et des groupes au Sénégal (Versluys, 2010). Ainsi, les Peuls et les Toucouleurs sont regroupés dans la famille Peule, les Mandjacks et les Mancagnes dans la famille Mandjack, les Lébous sont classés dans la grande famille wolof, les Soninkés, les Sarakollés, les Bambaras et les Socés constituent le grand groupe mandingue.

Les Wolofs et les Lébous cohabitent depuis longtemps ensemble dans la presqu'île du Cap-Vert. Ces deux sous-groupes forment la grande famille wolof et partagent de multiples aspects socioculturels.

¹⁵⁰ Graphique construit sur un échantillon de 526 individus.

Au Sénégal la grande famille peule comprend les Peuls du Fouta Djallon (en Guinée), les Peuls du nord du pays, les Toucouleurs, les Peuls du sud et les Laobés.

Ces différents sous-groupes ont des traditions, des coutumes et une langue plus ou moins proches. Cependant, tous se réclament ou se revendiquent de la grande famille peule (Haal pulaar)¹⁵¹. Par ailleurs, les Mancagnes et les Mandjacks, sont deux groupes ethniques assez proches sur le plan linguistique et culturel, vivant de part et d'autre de la frontière sénégal-bissao guinéenne. En outre, les Sarakollés, les Soninkés, les Bambaras et les Socés sont classés dans la grande famille Mandingue. Ce regroupement se justifie par le fait que ces différents groupes ethniques parlent des langues qui appartiennent toutes à la famille mandé ou mandingue qui est une langue parlée dans presque toute la partie de l'Afrique occidentale correspondant à l'ancien empire du mandingue fondée par Soundiata Keita. Enfin, les autres minorités sont constituées par les Balantes et quelques groupes africains comme les Haoussas, les Soussous, les étrangers africains et les Européens qui sont de petits groupes issus de la migration régionale et internationale.

Si l'on s'intéresse à la répartition par corps de métier et selon les grands groupes ethniques, on peut voir dans le tableau 8 suivant que les métiers accueillent toutes les ethnies.

Tableau 8 : Répartition de l'échantillon selon l'ethnie et le corps de métier¹⁵²

Quel est votre métier ? Quelle est votre ethnie ?	Maçonnerie	Menuiserie	Peinture et Décoration	Electricité	Plomberie et Ferrailage	Autre	TOTAL
Wolof	42%	54%	23%	37%	30%	35%	42%
Mandingue et Diola	12%	11%	26%	20%	20%	30%	15%
Peul	19%	15%	21%	25%	20%	20%	19%
Sérère	25%	16%	13%	10%	30%	10%	20%
Autres	2%	4%	17%	8%	0%	5%	4%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : PSOBD (2010)

¹⁵¹ *Haal pulaar* en langue des Peuls signifie ceux qui parlent la langue pulaar. Celle-ci est une langue parlée dans une vingtaine de pays africains et comprenant plusieurs dialectes.

¹⁵² Tableau construit sur un échantillon de 526 individus; les pourcentages sont en colonne.

En revanche, on note une forte présence des Sérères, des Wolofs et des Peuls dans les métiers de la maçonnerie, du carrelage et de la menuiserie. Par contre, les Mandingues, les Diolas, les Mandjacks sont plutôt des peintres¹⁵³.

La présence de certaines ethnies dans le secteur du bâtiment s'explique par des facteurs comme la migration rurale vers la capitale, la croissance, l'urbanisation ou l'expansion de la ville vers les zones des *niayes* jadis réservées au maraîchage et au jardinage, le développement ou l'essor du bâtiment qui devient un secteur d'emploi quelle que soit la qualification (surtout pour les manœuvres journaliers). En conséquence, on retrouve beaucoup d'ouvriers appartenant à des ethnies (Peuls, Sérères, Maures) qui traditionnellement étaient destinées à des activités spécifiques comme le commerce, l'élevage ou l'agriculture.

VI-2- Emploi, revenus et stratégie de survie des ouvriers à Dakar

Les données sociodémographiques sont importantes pour connaître et comprendre la composition de la population dans l'emploi du bâtiment. Cependant, pour mieux appréhender le vécu des ouvriers, leurs motivations et la sécurité socio-économique au niveau de l'emploi et des ménages, il est également indispensable d'analyser l'emploi en s'intéressant aux métiers, aux revenus, aux dépenses et aux stratégie de survie des travailleurs.

VI-2-1-Le bâtiment : un emploi, « mille corps de métiers »

Le bâtiment est un secteur d'activités très vaste qui est constitué de multiples corps de métier regroupés en trois grandes catégories : les métiers de la construction (maçonnerie, carrelage, menuiserie, ferrailage), les métiers de la finition (peinture, décoration,) et les métiers de la maintenance (électricité, plomberie, restauration d'œuvre d'art).

Pour mieux étudier la protection sociale des ouvriers, cette recherche s'est intéressée à tous les corps de métiers et à tous les statuts car le bâtiment est un ensemble plus ou moins homogène. L'exclusion d'un seul élément peut constituer un biais pour l'analyse et la compréhension de l'emploi et des acteurs qui y évoluent.

¹⁵³ La dépendance est très significative. $\chi^2 = 57,44$, ddl = 20, $1-p = >99,99$. Toutefois, la relation est très faible car la valeur du test V de Cramer indique que l'ethnie n'explique qu'à 2,70% le choix du métier dans le bâtiment.

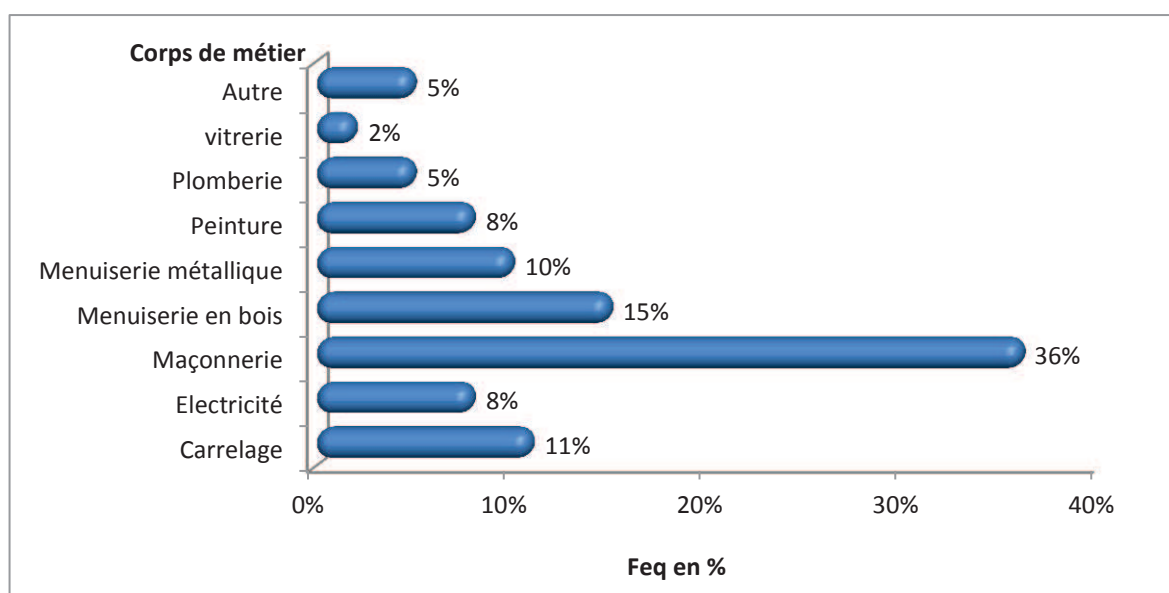
Par exemple, la prise en compte des ouvriers en inactivité permet de mieux comprendre la précarité au travail, les risques et les besoins en matière de protection sociale parce que le plus souvent l'inactivité est justifiée par le chômage, le congé ou l'incapacité. L'inactivité peut être un outil intéressant de mesure de l'efficacité d'une couverture sociale.

Les données de l'échantillon montrent d'un côté que les ouvriers interrogés sont très majoritairement en activité avec un taux d'occupation d'environ 96%, ce qui peut se comprendre par le fait que le recueil de données a été réalisé en période d'activité (en jour de semaine entre 9h-18h) et dans les lieux de travail.

Les personnes interrogées étaient donc, en pleine activité le plus souvent ou du moins elles se trouvaient dans les chantiers. D'un autre côté les personnes interrogées sont en général des maçons, des menuisiers (en bois et en métallurgie), des plombiers, des électriciens, des conducteurs de véhicules de chantiers... Toutes ces personnes travaillent à la construction, à la transformation ou l'entretien de maisons et d'immeubles.

Dans le graphique 16 suivant, nous observons que les ouvriers intervenant dans la phase de construction (maçons, menuisiers) sont les plus représentés dans l'échantillon puisqu'ils en constituent la moitié.

Graphique 16 : Répartition de l'échantillon par corps de métier¹⁵⁴



Source : PSOBD (2010)

¹⁵⁴ Graphique construit sur un échantillon de 531 individus.

En revanche, ceux qui travaillent dans la phase de finition comme les carreleurs, les peintres, les vitriers le sont moins (21%), bien qu'ils soient plus nombreux que les électriciens et les plombiers (13%).

Le nombre important de maçons s'explique par le fait que c'est le corps de métier qui est le plus nécessaire pour la construction des édifices et des bâtiments. En effet, l'habitat moderne dakarois est souvent construit en dur (brique, ciment, fer et béton) et de plus en plus en hauteur. Les besoins en maçons sont très importants durant toute la phase de construction (fondation, élévation du mur, coulage, coffrage, terrassement) d'ouvrages et même pendant la finition (dallage, crépi). Pour construire une maison par exemple, l'entrepreneur a besoin de réunir des dizaines d'ouvriers maçons pendant une longue durée. Par contre, les métiers de décoration, de vitrerie, de peinture ou de plafonnage sont des métiers de finition qui nécessitent peu d'ouvriers, ce qui permet d'expliquer leur faible représentation dans l'échantillon.

VI-2-2-Formation, qualification et compétences des ouvriers

L'industrie du bâtiment est un secteur particulier dans la mesure où la qualification professionnelle dans l'emploi n'est pas liée forcément à l'instruction et au niveau d'études. Dans la plupart des corps de métier, les compétences se forment dans la durée. Elles sont acquises souvent sur le tas à travers l'apprentissage, technique très usitée pour la formation des jeunes en Afrique (Fourniol, 2004). Ainsi, dans le secteur, la formation professionnelle est particulièrement différente de celle de la France.

Pour ce qui est de l'éducation, l'enquête de terrain montre que les ouvriers ne sont pas globalement des analphabètes puisque 92% des enquêtés affirment avoir été scolarisé¹⁵⁵. Ils ont reçu une éducation, soit par le biais de l'enseignement général en français (70%) ou à travers l'école coranique (29%) ou rarement, par une alphabétisation en langue nationale (0,4%)¹⁵⁶.

Ce taux assez élevé d'ouvriers instruits s'explique par deux facteurs essentiels. D'une part, les pouvoirs publics ont depuis l'indépendance, placé l'éducation des jeunes parmi les priorités.

¹⁵⁵ Pourcentage obtenu sur un échantillon de 531 individus.

¹⁵⁶ Voir tableau 5 en annexe II-1.

De nombreux projets, lois (obligation de scolarisation des enfants jusqu'à 16 ans)¹⁵⁷, programmes (Programme décennal de l'éducation et de la formation 1998-2008) et politiques (augmentation du budget à l'éducation à 40% du budget de l'Etat, gratuité des études au sein d'établissements publics d'enseignement, instauration du volontariat, du vacatariat et de la contractualisation dans l'enseignement, libéralisation de l'école avec l'encouragement à la création d'institutions privées, modernisation des écoles coraniques) ont été mis en pratique pour atteindre la scolarisation universelle à l'horizon 2010¹⁵⁸. D'autre part, la société sénégalaise est une société où l'islam occupe une place très importante. Les populations musulmanes sont très tôt instruites à l'école coranique pour apprendre le coran et l'arabe.

Dans les années 1960-1970, le jeune commence l'école coranique avant l'école française et parfois se limite simplement aux connaissances et à l'éducation coranique dans les *daaras*¹⁵⁹.

Cette situation est surtout observable dans les zones rurales où les confréries religieuses sont très présentes (Touba, Tivaouane, Kaolack).

Par ailleurs, presque tous les ouvriers ont été à l'école française. En revanche, leur niveau de scolarité est très faible car il ne dépasse souvent pas le primaire, soit moins de six années de scolarité. En effet, environ 66 % des personnes interrogées ont un niveau équivalent au primaire, tandis que 32% ont atteint le collège ou le lycée et seulement 2% ont fait des études supérieures après le baccalauréat¹⁶⁰. Ces données peuvent se comprendre dans le contexte où le bâtiment est un emploi qui ne nécessite pas obligatoirement une scolarisation. La plupart des activités et des tâches dans les corps de métier font appel simplement à la force physique, au savoir-faire et à l'expérience. De ce fait, le secteur accueille des nombreux travailleurs peu qualifiés ou ayant des difficultés pour trouver un emploi dans les secteurs modernes. Ils se retrouvent alors à offrir leurs services en tant que manœuvres-journaliers ou prestataires de services.

¹⁵⁷ Loi n° 2004-37 du 15 décembre 2004 modifiant et complétant la loi d'orientation de l'Education et rendant obligatoire la scolarisation des enfants jusqu'à 16 ans.

¹⁵⁸ Les différentes enquêtes (ESAM, EDS, ESPS) montrent que le taux brut de scolarisation au Sénégal est passé de 62,8% en 2001-02, 79,7% en 2010-11.

¹⁵⁹ Les *daaras* sont des écoles à l'image des *Madrassa* dans les pays arabes où les jeunes sous la responsabilité d'un marabout apprennent en bas âge, la lecture, l'écriture, la mémorisation du Coran et des textes islamiques.

¹⁶⁰ Voir tableau 6 en annexe II-1.

VI-2-3- Emploi et précarité dans l'industrie du bâtiment à Dakar

Le métier du bâtiment et des travaux publics dakarois est un secteur très dynamique qui emploie des milliers de personnes. Cependant, la question qui se pose souvent est de savoir si ces emplois offrent de conditions de travail, de sécurité et de santé normales, voire décentes, pour les travailleurs. Cette interrogation est au centre de notre problématique et mérite une analyse approfondie afin de mieux appréhender la protection sociale au Sénégal.

D'abord, comme la plupart des emplois, le bâtiment est un secteur structuré avec des classifications selon le statut, la catégorie et l'échelon. Les salariés occupent des statuts selon leurs qualifications, leurs compétences, leur ancienneté et le rôle qu'ils jouent au sein de l'organisation. Dans l'entreprise, de façon générale, les travailleurs sont répartis en trois grandes catégories : cadres, agents de maîtrise et ouvriers.

Ces dernières années, les autorités ont procédé à une classification des emplois du bâtiment et des travaux publics¹⁶¹. Le texte classe les professionnels du BTP en quatre grands groupes : les ouvriers, les employés, les agents de maîtrise et les techniciens assimilés, les ingénieurs et les cadres.

Pour ce qui concerne les ouvriers, le document les repartit en sept catégories dans trois sous-groupes suivant l'emploi et le niveau de qualification : les manœuvres (catégories 1 et 2), les ouvriers qualifiés (catégories 3 et 4) et les ouvriers professionnels (catégories 5, 6 et 7). Ainsi, les catégories inférieures (catégories 1 et 2) comprennent les emplois dont l'exécution est la plus simple et le niveau de qualification requis peu élevé. Par contre, les catégories supérieures (catégories 5, 6 et 7) sont réservées aux travailleurs qualifiés puisque les activités et les tâches sont assez complexes¹⁶².

S'agissant du statut professionnel, l'étude montre que les ouvriers se retrouvent dans toutes les catégories. En effet, 16% des ouvriers sont qualifiés, 25% manœuvres et 59% sont des ouvriers professionnels. Ces données ne reflètent pas en réalité la composition du secteur. Car, le bâtiment est avant tout un domaine qui regroupe un taux élevé de manœuvres-journaliers qui ne sont pas au départ qualifiés pour l'emploi.

¹⁶¹ Ministère de la fonction publique, du travail, de l'emploi et des organisations professionnelles. *Annexe de la classification des emplois du bâtiment et des travaux publics du Sénégal* (2006).

¹⁶² Voir tableau de la classification des emplois d'ouvriers dans le BTP en annexe III.

Ce sont en général des jeunes qui vendent leur force de travail contre un revenu quotidien. Ils n'ont pas suivi une formation scolaire professionnalisante dans le bâtiment malgré l'existence de quelques structures de formation¹⁶³.

L'analyse des relations contractuelles dans notre échantillon permet d'observer un faible taux de contractualisation, ce qui suggère que les ouvriers sont dans une situation de précarité statutaire très considérable puisque seuls 39% des ouvriers sont liés par un contrat de travail formel contre 57% d'ouvriers sans aucun contrat défini.

Ce faible taux de contractualisation s'explique par la nature même de l'emploi qui fonctionne selon le marché. En effet, le bâtiment est une profession dans laquelle l'activité est très instable. Les entreprises travaillent selon les marchés négociés. Vue la concurrence dans le secteur, les employeurs optent pour des relations contractuelles à durée déterminée, l'objectif est étant d'éviter de payer les travailleurs pendant les périodes de faible activité. Ainsi, comme l'affirme un directeur technique d'une PME en BTP, le recrutement se fait selon les besoins, le plus souvent dans l'entourage immédiat et en fonction de la durée de l'ouvrage.

Ils sont en contrat à durée déterminée juste pour le chantier. Mais, on a aussi une petite équipe de manœuvres qu'on conserve à cause d'un long compagnonnage. Mais, ce ne sont pas tous les manœuvres qui ont un contrat, les autres sont des journaliers. (K.S. Directeur technique dans une entreprise de BTP)

Source : PSOBD (2010)

Ces propos confirment la précarité statutaire des travailleurs du bâtiment. Cependant, lorsque le responsable de l'entreprise de BTP parle de contrat à durée déterminée, il faut dire que pour la plupart des cas, ce contrat n'est pas écrit, il suppose juste l'accomplissement d'une activité dans une durée déterminée, le temps de réalisation de l'ouvrage ou du service.

¹⁶³ En 2012, il existe huit lycées techniques au Sénégal et de grandes structures de formation en métier du bâtiment comme le Centre National de Qualification Professionnelle (CNQP), l'Ecole Supérieure Polytechnique (ESP) et l'Ecole Supérieure du Bâtiment (BATISUP), le Centre de Formation Professionnelle Technique Sénégal, Japon, mais ces écoles forment souvent des cadres et ingénieurs en génie civil et en topographie.

D'ailleurs, l'analyse de la nature des liens contractuels entre les ouvriers et les entreprises, permet de voir que la durée de contractualisation est souvent limitée dans le temps. En effet, une lecture rapide des données permet de voir que parmi les ouvriers disposant de contrat, seuls 22% sont liés par un contrat à durée indéterminée (CDI), le reste des ouvriers (75%) dispose d'un contrat à terme sous forme de contrat de prestation, de contrat saisonnier, de contrat de complément d'effectifs ou d'apprentissage (3%.

Toutefois, le contrat à durée déterminée (CDD) est en général le plus utilisé dans le secteur. Son recours est systématique dans la plupart des cas et concerne toutes les catégories ou tous les statuts. Le recours au CDD est très important chez les ouvriers qualifiés et professionnels. Par contre, chez les manœuvres, le contrat à durée indéterminée concerne plus de la moitié des personnes enquêtées. Ces résultats, à première vue assez paradoxaux, poussent à une analyse plus approfondie des liens contractuels dans le secteur du bâtiment.

On peut se demander si les employeurs considèrent réellement le statut de l'ouvrier au moment de la signature des contrats.

A ce niveau, on peut s'interroger sur les véritables raisons qui poussent les employeurs à choisir, voire à privilégier, le contrat à terme dans le secteur du bâtiment.

Les explications données par les dirigeants de certaines entreprises est qu'elles sont de petites tailles et donc ont une trésorerie assez faible. De ce fait, elles ne peuvent pas se lier indéfiniment avec un personnel parce qu'elles ne sont pas en mesure d'honorer la rémunération dans la longue durée. Beaucoup d'entre elles fonctionnent selon les contrats obtenus et dans un contexte de concurrence.

Selon plusieurs chefs d'entreprises enquêtés, les rémunérations d'ouvriers qualifiés ou professionnels inactifs, constituent des charges que les petites entreprises ne peuvent réellement supporter. Ainsi, la grande tendance est à l'emploi précaire au détriment de l'emploi permanent, avec toutes les conséquences que cela peut causer au niveau du travailleur (absence de sécurité sociale, faiblesse et irrégularité du revenu, instabilité socioprofessionnelle) et de son ménage.

Cet « abus de contrats à terme » est en partie légalisé par le législateur qui stipule que les secteurs de la construction (bâtiment) font exception en ce qui concerne le renouvellement des engagements à durée déterminée¹⁶⁴ et le recours à des contrats

¹⁶⁴ Article L.42 du nouveau code du travail sénégalais (1997).

atypiques (journaliers, saisonniers, en complément d'effectifs suite à un surcroît d'activité). Ces types de contrats peuvent être renouvelés sans limitation, sauf pour ceux conclus pour un ouvrage déterminé de plus de deux ans. Mais pour mieux profiter de l'avantage de ces types de contrats, les chefs d'entreprises concluent souvent des contrats dont la durée est au maximum 12 mois.

Cette pratique permet à l'employeur de se séparer de l'ouvrier sans grandes difficultés mais aussi de maintenir l'ouvrier dans une situation de précarité, de loyauté¹⁶⁵, de subordination et de discipline parce que ce dernier va éviter les conflits et se préoccuper plutôt du renouvellement de son contrat. C'est une sorte « d'épée de Damoclès » que ce contrat fait suspendre sur la tête des ouvriers pendant toute la durée du contrat et même au-delà car les ouvriers travaillent pendant plusieurs années avec ce statut comme s'ils étaient liés de façon permanente avec l'entreprise.

D'ailleurs, les données sur l'ancienneté montrent que les ouvriers ont une durée d'activités moyenne de 14 ans, avec 63% d'ouvriers travaillant depuis plus de dix ans¹⁶⁶, en plus du temps d'apprentissage d'au moins cinq ans.

Il faut dire que dans ce cas, c'est souvent une entorse à la législation en matière de travail car « le contrat de travail à durée déterminée ne peut avoir pour objet de pourvoir durablement un emploi lié à l'activité normale et permanente de l'entreprise »¹⁶⁷.

Cependant, les autorités publiques tolèrent la pratique vu qu'elles ne peuvent proposer assez d'emplois, surtout pour les jeunes. En effet, les « petits patrons » artisans travaillant souvent dans l'informel, ne font pas recours à des contrats pour leur personnel parce que, d'une part, c'est souvent une petite unité familiale qui échappe à la législation sociale en matière de travail et d'autre part, ils ne considèrent pas trop utile une telle procédure car ce qui compte c'est la parole donnée, le travail à accomplir et la rémunération qui s'en suit.

Pour limiter la précarité, le législateur prévoit une indemnité de précarité et l'interdiction de recourir à un contrat de travail à durée déterminée dans les six mois qui suivent un licenciement au motif économique, sauf s'il a une durée inférieure à trois mois, non renouvelable.

¹⁶⁵ La recherche de la loyauté des ouvriers est très présente dans les secteurs du BTP comme le montre Nicolas Jounin dans sa thèse intitulée : *Loyautés incertaines: les travailleurs du bâtiment entre discrimination et précarité*. Paris 7, 2006, 613 p.

¹⁶⁶ Voir tableau 9 en annexe II-1.

¹⁶⁷ Article L.45 de la loi n°97-17 du 1er décembre 1997 portant Code du Travail au Sénégal.

Malgré tout, ces mesures restent insuffisantes et leur application incertaine car aujourd'hui, la tendance est à la précarité de l'emploi dans le BTP avec un taux assez faible d'emplois permanents et une utilisation massive de prestataires de services (les journaliers).

Dans notre échantillon, environ 70% des personnes enquêtées sont des prestataires de services ou des indépendants, 17 % sont des employés permanents et environ 8% sont en apprentissage¹⁶⁸.

Le taux de prestataires de services est très important dans certains domaines du bâtiment. Les ouvriers qui ont le statut de journalier ou de prestataire de services sont plus nombreux dans les métiers de la construction (maçonnerie, ferrailage, menuiserie, moulage de briques) où 80% sont liés par ce type de contrat contre 10% pour les métiers de la finition (décoration, peinture) et 10% pour ceux de la maintenance (plomberie, électricité)¹⁶⁹.

Tableau 9 : Répartition de l'échantillon selon les métiers et le statut¹⁷⁰

Statut Corps de métier	Prestataire de services	Employé	Autre	TOTAL
Construction	80%	76%	78%	79%
Finition	10%	7%	0%	9%
Maintenance	10%	17%	22%	12%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

Source : PSOBD (2010)

Le taux élevé de prestataires de services (travailleurs indépendants) s'explique par le fait que la plupart des unités de production et de services dans le bâtiment ont un faible investissement humain, matériel et financier.

¹⁶⁸ Voir tableau 8 en annexe II-1.

¹⁶⁹ Chi2 = 93,094 ; ddl = 48 ; 1-p =99,99 %. (Voir tableau 62 en annexe II-3). Toutefois, la relation de dépendance entre les variables corps de métier et emploi est très faible. Les tests de régressions indiquent que R-deux est égal à 0,002. Cela veut dire que le corps de métier explique à seulement 0,2% la variation du statut de l'ouvrier dans l'emploi. Voir tableau 120 en annexe II-3.

¹⁷⁰ Tableau construit sur un échantillon de 486 individus; les pourcentages sont en total.

Actuellement, la précarité statutaire et les conditions de travail sont en train de transformer l'emploi et la vie des ouvriers du bâtiment. En effet, la précarité de l'emploi a une influence sur la santé (Joubert, Chauvin, Facy, & Ringa, 2001) des ouvriers parce que ce sont des gens qui travaillent avec peu d'exigences en matière de sécurité, d'hygiène et de conditions de travail, comme l'affirme cet ouvrier délégué syndical dans une grande entreprise de BTP à Dakar.

Le travailleur du bâtiment est aujourd'hui comme un citron. On le presse et quand il n'y a plus de jus, on le jette. Là c'est un danger. Ce type de contrat à durée déterminée constitue même un danger. L'entreprise du bâtiment embauche rarement par CDI et avec la mondialisation les entreprises sont en train de mourir pour laisser la place à des entreprises que j'appelle des entreprises cartables (...), La précarité de l'emploi dans le bâtiment a une influence sur la santé des ouvriers parce que ce sont des gens qui travaillent. Quelques fois, ils n'ont même pas de masques. On ne leur donne même pas d'équipements de protection. Tu ne peux même pas parler de sécurité, il n'y a rien, pas de ceinture et rien du tout. S'ils doivent faire 16 mètres d'altitude ce n'est pas le problème de l'entrepreneur. Ils le font travailler n'importe comment. L'ouvrier, lorsqu'il mélange son ciment, il n'a même pas de masque alors que tout cela est une pollution il va travailler comme ça. Les peintres aussi, c'est la même chose. Le gars qui mélange du diluant, il fait n'importe quoi avec le diluant, il n'a pas de masque. Le soir, il n'a même pas de quoi se payer un pot de lait pour se faire traiter. (M. P. Ouvrier et délégué syndical au CDE)

Source : PSOBD (2010)

Les propos de cet ouvrier font ressortir à la fois la misère des ouvriers et la responsabilité des patrons concernant l'insécurité dans le métier. Toutefois, nous allons un peu plus loin dans le document vérifier avec les données de l'enquête, l'existence ou non d'une insécurité dans le bâtiment dakarois et les comportements des ouvriers face aux risques et à l'insécurité. De même, nous essayerons d'étudier la disponibilité et l'utilisation d'équipements individuels de protection (EIP) et son usage dans les chantiers et dans les différents corps de métier.

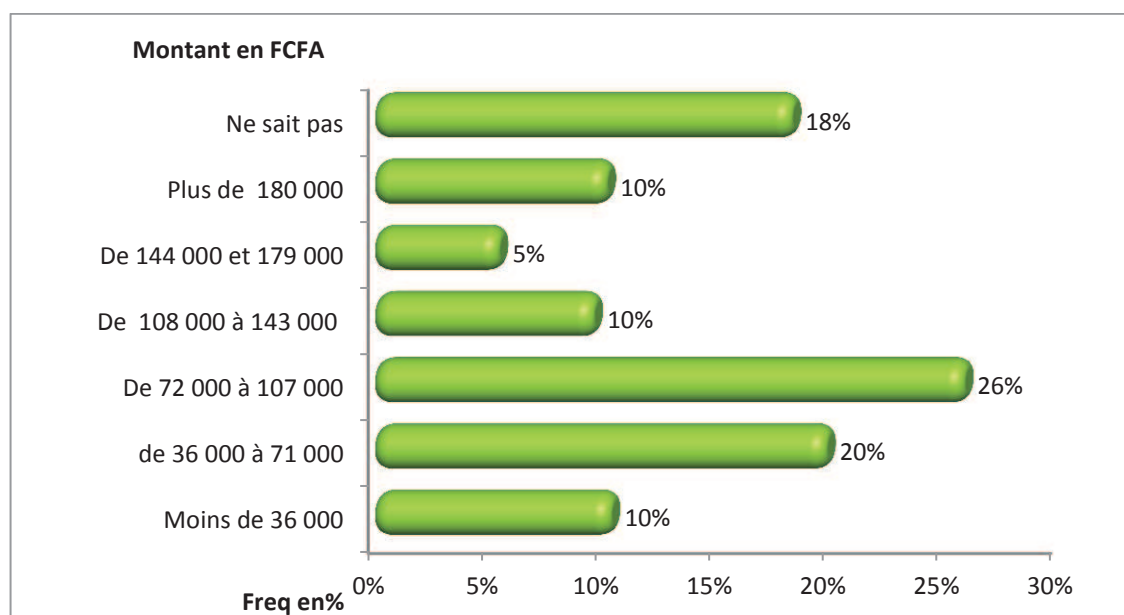
VI-2-4- Revenu, dépenses et stratégie de survie

L'exercice d'une activité professionnelle est souvent motivé par la recherche de revenus permettant de satisfaire les besoins personnels et/ou collectifs. Ainsi, les ouvriers, comme tous les autres travailleurs du bâtiment, vendent-ils leur force de travail contre un revenu plus ou moins élevé selon l'activité, la responsabilité et le corps de métier.

Dans notre échantillon, le revenu mensuel des ouvriers varie entre 20.000 FCFA (environ 30 euros) et plus de 500.000 FCFA (environ 760 euros) avec une grande majorité de travailleurs ayant un revenu qui tourne autour de 100 000 CFA (150 euros). Le revenu mensuel moyen est d'environ 83 000 FCFA (environ 126 euros) tandis que le revenu mensuel médian est égal à 108 000 FCFA. L'écart de salaires entre le revenu le plus bas et le plus haut est de 72 828 FCFA (111 euros).

Plus précisément, on observe à la lecture du graphique 17, que le revenu mensuel des ouvriers est très variable. Les données indiquent que plus d'un travailleur sur deux (56%) gagne moins de trois fois le SMIG (108 000 FCFA soit 165 euros)¹⁷¹ par mois contre un ouvrier sur dix qui a revenu supérieur à 180 000 FCFA (275 euros) soit 5 fois le SMIG.¹⁷²

Graphique 17: Répartition de l'échantillon selon le revenu mensuel de l'ouvrier¹⁷³



Source : PSOBD (2010)

¹⁷¹ La dernière enquête sur la pauvreté (ESPS-II- 2011) estime la dépense moyenne d'un dakarais à 1 442 FCFA par jour (environ 2 euros).

¹⁷² Le Salaire Minimum Garanti (SMIG) est un seuil de rémunération de référence auquel les entreprises souvent privées doivent se conformer pour que le travailleur dispose du minimum vital lui permettant de vivre décemment à partir des revenus issus de son activité. Selon le décret n°96-154 du 19 février 1996 fixant les salaires minima interprofessionnels et agricoles, le SMIG net sénégalais est de 209,10 FCFA (0,32 euro) l'heure soit 36243,303 FCFA (55,25 euros) pour 173,33 heures par mois dans la plupart des entreprises industrielles, commerciales et de services. Nous avons choisi cette mesure pour analyser les revenus des personnes enquêtées dans le but de mieux saisir la précarité des ouvriers. Toutefois, pour vivre normalement à Dakar, une personne seule doit disposer d'au moins deux fois le SMIG car le coût de la vie est assez élevé.

¹⁷³ Le graphique est construit sur un échantillon de 528 individus.

Une lecture superficielle de ces données laisse apparaître une certaine égalité en termes de rémunération entre les travailleurs dans ce secteur. En revanche, on note un écart de revenus entre les manœuvres et les ouvriers qualifiés dans les différents corps de métier. Par exemple, dans la menuiserie, l'écart salarial est plus important chez les manœuvres (180 000 FCFA) que chez les ouvriers (72 000 FCFA). Par contre, dans la maçonnerie, les revenus sont pratiquement les mêmes quel que soit le statut.

Par ailleurs, il apparaît que les ouvriers ont des rémunérations plus ou moins différentes selon le niveau de scolarité. En effet, la moyenne des revenus varie entre les individus qui ont un niveau primaire et ceux qui ont un niveau supérieur : un ouvrier qualifié gagne 70 euros de moins lorsqu'il n'a pas dépassé le primaire par rapport à celui qui a fini ses études secondaires alors que pour un manœuvre la différence est de 60 euros.

Doit-on dire pour autant qu'il y a une corrélation entre le revenu et le niveau d'études des ouvriers ? Comment expliquer la différence de revenus dans notre échantillon ? Existe-t-il des variables qui permettent de rendre compte de ces différences et de ces écarts de revenus ?

Les tests de corrélation¹⁷⁴ montrent qu'il y a un certain nombre de variables qui sont corrélées avec le revenu mensuel des ouvriers. En effet, il y a une corrélation significative entre le revenu et la durée d'activité et entre le revenu et le statut de l'ouvrier mais la corrélation est positive dans le premier cas¹⁷⁵ et négative dans le second¹⁷⁶.

D'un côté, cela veut dire que, plus l'ouvrier passe des années dans l'entreprise, plus sa rémunération augmente. A ce niveau, on peut émettre l'hypothèse selon laquelle, il y a une rémunération variable basée sur l'échelon et/ou la catégorie de l'ouvrier qui évolue selon les années; il bénéficie de primes et d'indemnités liées à son ancienneté, son expérience, sa qualification. Néanmoins, la corrélation entre le revenu mensuel de l'ouvrier et son statut révèle que ce dernier n'a pas d'effet positif sur sa rémunération. Un employé n'a pas forcément un revenu meilleur que celui d'un prestataire de services. L'explication serait que l'ouvrier précaire gagne plus pour compenser cette précarité ou encore il aurait la possibilité de diversifier les sources de ses revenus auprès d'autres employeurs, ce qui contribuerait à augmenter son revenu mensuel

¹⁷⁴ Voir tableau 116 en annexe II-3.

¹⁷⁵ Le coefficient de Pearson $r = 0,260$; $p < 0,001$.

¹⁷⁶ Le coefficient de Pearson $r = -0,243$; $p < 0,001$.

Par ailleurs, pour ce qui concerne le revenu des personnes interrogées, 18% déclarent ne pas du tout savoir le montant total mensuel de leurs revenus. Dans ce dernier cas, il faut dire que le bâtiment est un secteur dans lequel le revenu n'est ni permanent, ni régulier. Il varie selon l'activité et selon l'entrepreneur. Pour les chefs d'entreprises, le revenu est fonction des marchés obtenus tandis que pour les ouvriers, il dépend aussi bien de l'activité (quantité de pièces, volume horaire, jours travaillés) que de la volonté de l'entrepreneur qui propose la rémunération en fonction du marché gagné et du coût global de construction.

S'agissant des ouvriers qui ont déclaré ne pas savoir du tout le montant de leur revenu, deux hypothèses peuvent nous guider à comprendre cette réponse. D'une part, on peut considérer que l'ouvrier ne compte pas ses revenus et dans ce cas, il ne peut connaître le montant mensuel. En effet, les ouvriers ne tiennent pas une comptabilité de leurs revenus parce qu'ils n'ont souvent pas de bulletin de paie et leur rémunération est très irrégulière puisque dépendante de la disponibilité du travail et de la réalisation de l'ouvrage.

Par exemple, les journaliers sont payés à la fin de la journée et la somme varie selon les chantiers et l'activité. D'autre part, on peut dire que la question du revenu est souvent un tabou dans la société sénégalaise. La tradition, les croyances, et le besoin de discrétion font que certains préfèrent ne pas révéler leur revenu personnel.

Au total, les données de l'enquête montrent un revenu moyen peu élevé avec un fort taux d'ouvriers vivant avec moins de deux fois le SMIG, ce qui ne permet pas même à un célibataire de vivre normalement à Dakar¹⁷⁷. En effet, selon le classement du cabinet *Mercer Human Resource Consulting*, Dakar est l'une des villes les plus chères en Afrique¹⁷⁸. En outre, l'inflation sur les prix des produits courants de consommation observée ces dernières décennies contribue à accentuer la pauvreté à Dakar et dans les grands centres urbains. En effet, à partir des années 1990, les prix des denrées de premières nécessités (pain, huile, sucre, riz, poisson, viande, légumes) ont connu des hausses considérables comme le montre le tableau suivant.

¹⁷⁷ Les données de l'ESPS-II (2011) publiée en mai 2013 indiquent que la dépense moyenne d'un dakarois est de 1 442 FCFA (2 euros) par jour contre 841 FCFA seulement pour le citoyen d'une autre ville et 780 FCFA (environ 1 euro) pour un Sénégalais. Ce qui fait qu'un dakarois a besoin de 43260 FCFA (66 euros) par mois pour vivre normalement.

¹⁷⁸ Le classement de ces dernières années indique que le Dakar occupe la 3^{ème} place africaine en 2008, (41^{ème} mondiale) et en 2009 (25^{ème} mondiale) et 5^{ème} en 2010 (32^{ème} mondiale), 12^{ème} en 2011 (44^{ème} mondiale) et en 2012 (50^{ème} mondiale),

Tableau 10 : Evolution de prix des denrées alimentaires entre 1967-2006

LIBELLE	UNITE	PRIX EN 1967 (EN FCFA)	PRIX EN 2006 (EN FCFA)	VAR 2006/1967, en %
Viande arrière sans os	KG	198	1963	891
Poisson (sardines)	KG	31	267	762
Riz brisé	KG	47	227	383
Oignons	KG	49	344	603
Bananes	KG	63	574	811
Œufs locaux	Pièce	18	64	256
Huile d'arachide	Litre	98	906	824
Huile de palme	Litre	136	993	630

Source : ANSD (2007)

Il est important de rappeler que la hausse des prix à la consommation n'a pas concerné uniquement les produits alimentaires, mais que tous les autres produits et services de base ont connu une augmentation exponentielle au cours des quatre décennies précédentes. Par exemple, en 2010, une chambre de 15 m² est louée en moyenne à 25 000 FCFA (environ 38 euros) par mois¹⁷⁹, le transport mensuel en bus coûte 15 000 FCFA (environ 23 euros)¹⁸⁰ et il faut 37 500 FCFA (environ 57 euros) au minimum pour la nourriture mensuelle, soit un total de 118 euros de dépenses prédéterminées pour un revenu moyen de 150 euros.

Toutefois, le véritable problème du bâtiment c'est l'informel. La grande majorité des entreprises de production et de services du bâtiment sont des petites unités artisanales avec un minimum d'investissement et un portefeuille clients plus ou moins réduit. Ainsi, la rémunération est fonction de l'entreprise et de la volonté des entrepreneurs comme le dit cet ouvrier délégué syndical.

¹⁷⁹ Ansd. *Etude Monographique sur les Services Immobiliers du Logement à Dakar (EMSILD)*. Dakar, août 2012.

¹⁸⁰ Le montant pris en compte pour le calcul du coût du transport est celui de l'abonnement mensuel en bus (vignette adulte) proposé par la société de transport en commun *Dakar Dem Dikk*. La tarification est disponible en ligne sur <http://www.demdikk.com/abonnement.php> (consulté le 12 juillet 2013).

La rémunération pour ces gens est très faible parce qu'elle n'est pas basée sur des critères. L'entrepreneur leur dit : « moi je vous paie tant, à prendre ou à laisser ». C'est souvent un travail journalier à 1000 FCFA, il n'y a pas de bulletin de salaire, c'est de gré à gré. Quand vous êtes présents au chantier et que vous travaillez on vous paie et le jour où vous tombez malade vous n'avez pas de salaire ni rien du tout et encore quelques fois vous avez du mal à être payé. (M. P. Ouvrier du BTP et délégué syndical)

Source : PSOBD (2010)

Aujourd'hui, même si la rémunération dans le bâtiment est au-dessus du SMIG, elle demeure encore faible car le coût de la vie est très élevé à Dakar. A ce niveau, il faut rappeler que la dépendance économique est une réalité au Sénégal. Selon les dernières données de l'enquête sur la pauvreté, en moyenne, une personne active occupée a en charge environ deux personnes inactives¹⁸¹ (Diouf & Malou, 2013, p. 70).

Cependant, face à la conjoncture économique assez difficile, les revenus des travailleurs n'arrivent parfois pas à satisfaire les besoins des ménages. La pauvreté est une réalité dans de nombreux foyers de la banlieue¹⁸². Les personnes n'arrivent plus à prendre totalement en charge les besoins essentiels de la famille.

Cette situation est confirmée dans notre échantillon. Car, à la question de savoir si les revenus de l'ouvrier sont suffisants pour les besoins du ménage, la grande majorité (74%) déclare leurs revenus trop faibles par rapport aux besoins personnels et familiaux¹⁸³. Cette difficulté dans la satisfaction des besoins est principalement due à l'importance des dépenses et à la faiblesse des revenus individuels du travailleur et du ménage.

Pour ce qui concerne les revenus dans les ménages, l'enquête de terrain montre qu'ils sont assez variables et dépendent à la fois de l'emploi, de la rémunération de l'ouvrier et de l'activité des autres membres du ménage.

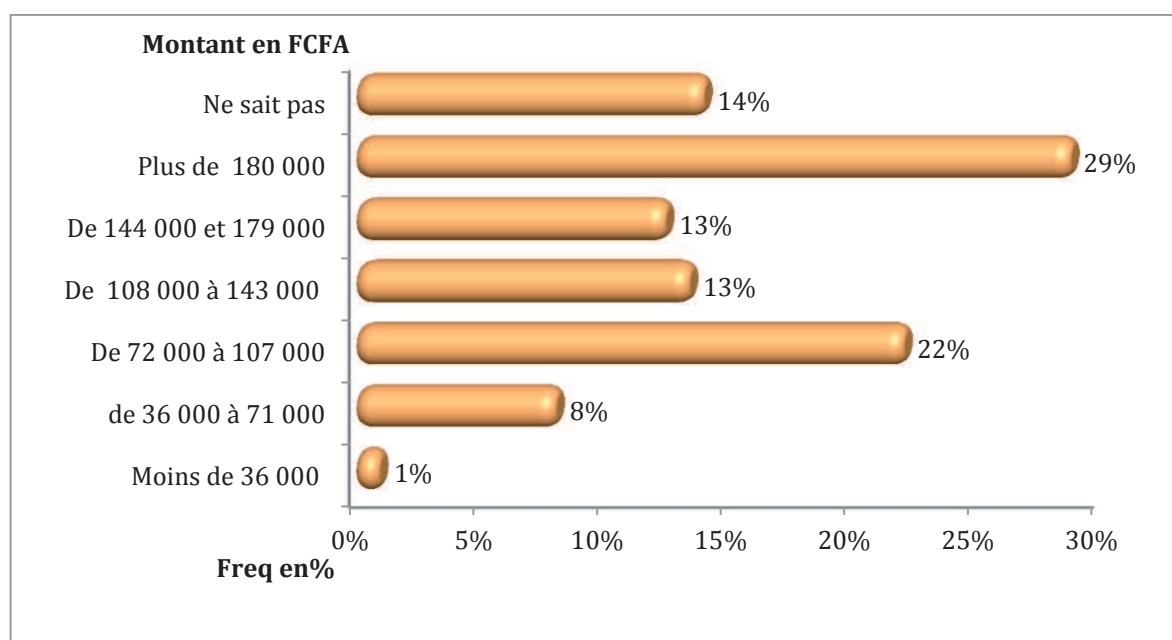
¹⁸¹ Selon l'Ansd. Au Sénégal, le ratio de dépendance effective qui est le rapport du nombre d'individus dépendant à la population active occupée est de 2,3 au niveau national. Ce qui veut dire qu'un actif occupé a à sa charge 2,3 personnes inoccupées ou inactives.

¹⁸² Les données de l'ESPS 2011 indiquent que près d'un dakarois sur quatre est pauvre (26%) et plus d'un tiers des chefs de ménages (36%) considèrent leur ménage comme pauvre.

¹⁸³ Données obtenus sur un échantillon de 526 individus.

Dans notre échantillon, les revenus mensuels collectifs ne sont pas si élevés dans la mesure où seuls 29 % des ouvriers appartiennent à des foyers dont le revenu est supérieur ou égal à 180 000 FCFA (cinq fois le SMIG ou environ 275 euros)¹⁸⁴ tandis qu'environ 31% des ménages ont un revenu inférieur à trois fois le SMIG (108 000 FCFA, environ 165 euros). Le revenu moyen mensuel dans les ménages est d'environ 107 500 CFA (164 euros).

Graphique 18 : Répartition de l'échantillon selon les revenus mensuels du ménage¹⁸⁵



Source : PSOBD (2010)

La faiblesse des revenus collectifs des ménages peut s'expliquer par la faible rémunération des ouvriers et le chômage dans les familles.

L'enquête révèle que presque la moitié des ouvriers (48%) affirme qu'ils sont les seuls à travailler dans leur ménage¹⁸⁶. Le chômage à Dakar est assez important surtout pour les moins de 25 ans et les femmes.

En 2011, la zone urbaine dakaroise affiche le taux de chômage le plus élevé avec un peu plus de 14 actifs sur 100 en situation de chômage.¹⁸⁷

¹⁸⁴ Ce montant est inférieur au salaire moyen mensuel d'un seul cadre ou ingénieur du bâtiment des catégories supérieures suivantes: P3B = 243 846 FCFA (372 euros)), P4 = 279 899 FCFA (427 euros) et P5 = 316 299 FCFA (482 euros) d'après les *Nouveaux barèmes des salaires-secteur BTP*. (janvier 2009).

¹⁸⁵ Le graphique est construit sur un échantillon de 520 individus.

¹⁸⁶ Pourcentage obtenu sur un échantillon de 25 individus.

¹⁸⁷ Ibid., p. 68.

En réalité, le taux de chômage est plus important que cela puisqu'on estime que « plus de la moitié de la population en âge de travailler dans la région ne travaille pas » (Ansd, août 2008, p. 110). Ceux qui exercent une activité occupent souvent des emplois précaires dans le secteur informel.

S'agissant des revenus, il faut dire que ceux-ci varient en fonction de la composition des ménages et de l'activité des membres. L'occupation ou le travail des autres membres permet au groupe de disposer de revenus pour satisfaire les besoins quotidiens que sont la nourriture, le logement, le transport, la santé, les factures (eau, téléphone, électricité) car le salaire personnel de l'ouvrier est souvent insuffisant.

L'étude des variables portant sur les activités des membres et le revenu mensuel collectif permet de voir qu'il y a une dépendance très significative entre ces deux variables¹⁸⁸. On peut donc, penser que le travail des autres membres de la famille a une influence sur le revenu du ménage. D'ailleurs, il y a une corrélation significative entre les deux variables mais celle-ci est faible et négative¹⁸⁹. Ce qui signifie que les revenus collectifs baissent avec l'augmentation du nombre des travailleurs dans la famille. Toutefois, la relation de dépendance entre ces variables est faible¹⁹⁰.

Ces résultats soulèvent un certain nombre d'interrogations sur l'activité et les revenus dans les ménages. En, effet, est-ce qu'on peut dire que les individus ne travaillent que dans les ménages les plus pauvres ? Ou encore est-ce que les autres membres du ménage ne contribuent pas à l'entretien de la famille ? A ce niveau nous posons l'hypothèse que l'ouvrier chef de famille est le seul responsable des dépenses de la famille. Cette hypothèse est pertinente pour deux raisons.

D'une part, avec le taux de chômage élevé dans le pays, les jeunes dakarois n'ont pas de revenus mensuels pour contribuer à l'entretien du ménage. D'autre part, les femmes ne sont pas assez intégrées dans le monde du travail salarial même si elles sont très actives (Adjamagbo, 2011). De nombreuses femmes sont encore dans les foyers pour s'occuper des enfants, du mari et des travaux domestiques. De plus, lorsqu'elles travaillent, ces femmes exercent dans la petite production marchande et sont souvent faiblement rémunérées; ce qui explique que l'ouvrier est souvent le principal financier du ménage.

¹⁸⁸ Le test de Khi-deux indique: $\chi^2 = 30,832$; ddl = 6 ; 1-p >99,99%. (Voir tableau 65 en annexe II-3).

¹⁸⁹ Le coefficient de Pearson $r = -0,246$; $p < 0,001$.

¹⁹⁰ Les valeurs des coefficients r de Pearson, Φ et V de Cramer sont proches de zéro. (Voir tableau 121 en annexe II-3).

L'apport économique et financier des enfants et des conjointes des ouvriers reste donc minime dans la famille. Ainsi, leurs activités participent faiblement à la variation du revenu collectif dans les ménages d'ouvriers. On peut considérer que les ouvriers restent les principaux pourvoyeurs de revenus de leur ménages car même lorsque le ménage ont un revenu d'environ 4 fois le SMIG (environ 144 000 FCFA soit 220 euros), le taux d'activité des autres membres n'atteint pas les 50%.

Tableau 11 : Répartition de l'échantillon selon le revenu familial et l'activité des autres membres du ménage¹⁹¹

		Y a-t-il des membres de votre ménage qui travaillent et qui ont un revenu mensuel régulier?		TOTAL
		Oui	Non	
Dans quelle tranche se situe le revenu mensuel du ménage? (en FCFA)	36 000-71 000	24%	76%	100%
	72 000-107 000	39%	61%	100%
	108 000-143 000	48%	52%	100%
	144 000-179 000	63%	38%	100%
	Plus de 180 000	59%	41%	100%
TOTAL		49%	51%	100%

Source : PSOBD (2010)

En effet, dans 76% de ménages qui gagnent moins de 2 fois le SMIG, 61% de ceux qui ont un revenu compris entre 2 et 3 fois le SMIG et 52% de ceux qui gagnent environ 4 fois le SMIG, l'ouvrier est le seul qui exerce une activité rémunératrice mensuelle régulière.

¹⁹¹ Tableau construit sur un échantillon de 437 individus; les pourcentages sont en ligne.

La participation de l'ouvrier à l'entretien de son ménage se fait grâce à son salaire dans le bâtiment et à l'exercice d'une tierce activité rémunératrice comme l'indique le tableau ci-après.

Tableau 12 : Répartition de l'échantillon selon la catégorie et l'exercice d'une tierce activité rémunératrice¹⁹²

		Dans quelle sous-catégorie êtes-vous classé?		TOTAL
		Manœuvres	Ouvriers qualifiés et professionnels	
Personnellement, avez-vous une seconde activité rémunératrice en plus de votre activité précitée?	Oui	10%	24%	34%
	Non	14%	52%	66%
TOTAL		24%	76%	100%

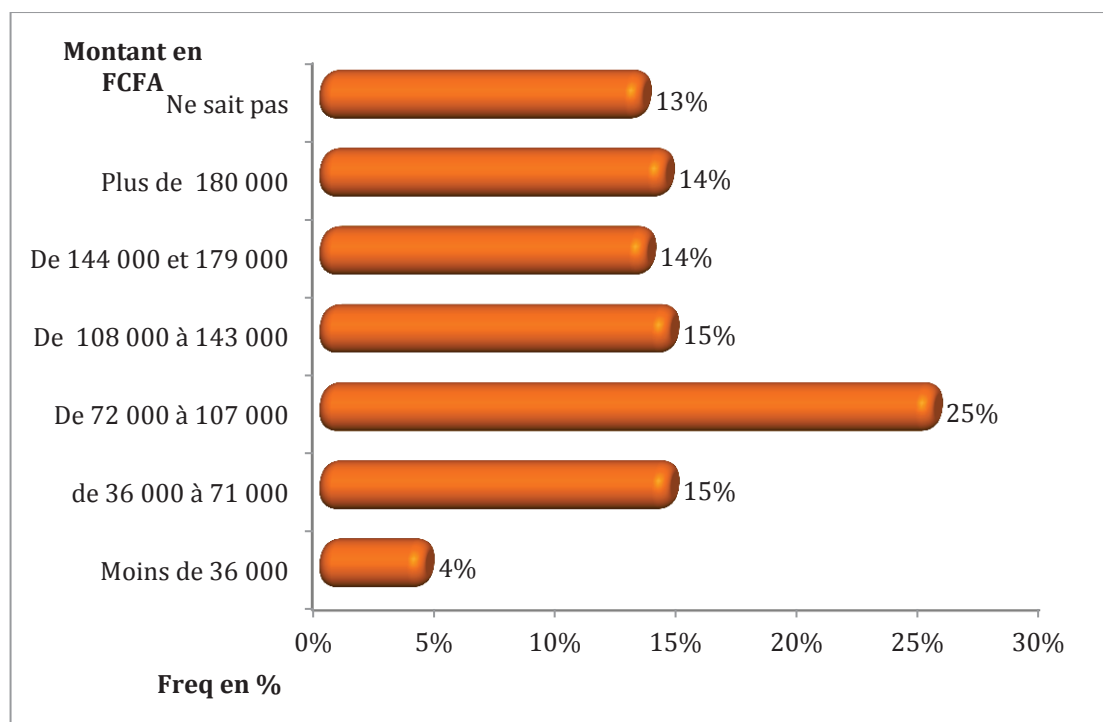
Source : PSOBD (2010)

Dans ce tableau, on peut voir que près d'un tiers de personnes enquêtées exerce un « travail à-côté », c'est-à-dire une seconde activité rémunérée. Ils font du petit commerce et d'autres métiers du bâtiment (maçonnerie, peinture, carrelage, menuiserie métallique) pour augmenter leurs revenus mensuels afin de mieux faire face aux dépenses de la famille. Toutefois, la relation entre les deux variables est assez faible¹⁹³. L'enquête de terrain révèle que les ménages des ouvriers dépensent pratiquement tout ce qu'ils gagnent. En effet, environ 25% de personnes enquêtées appartiennent à des ménages qui dépensent environ 2 à 3 fois le SMIG par mois et 42% des ménages dépensent plus de 3 fois le SMIG. Le montant moyen des dépenses dans les ménages d'ouvriers est d'environ 100 000 FCFA (152 euros) alors que le revenu mensuel moyen collectif est de 107 500 FCFA (164 euros) ; les ménages consomment pratiquement 93% des revenus de ses membres.

¹⁹² Tableau construit sur un échantillon de 520 individus; les pourcentages sont en total.

¹⁹³ Les valeurs de Phi, du V de Cramer et du coefficient de contingence (0,09) sont très proches de zéro.

Graphique 19 : Répartition de l'échantillon selon les dépenses mensuelles du ménage¹⁹⁴



Source : PSOBD (2010)

On peut observer une relation positive entre les revenus et les dépenses dans les ménages¹⁹⁵. Néanmoins, cette corrélation est à considérer avec prudence puisqu'une analyse de la régression montre que l'interdépendance n'est pas très forte¹⁹⁶. Ainsi, les dépenses ne suivent pas exclusivement les revenus de l'ouvrier et/ou des autres membres de la famille. Il faudrait trouver d'autres facteurs qui permettent d'expliquer les dépenses dans les familles ouvrières.

L'analyse des données montre qu'environ 91% des personnes qui dépensent plus de 144 000 FCFA (4 fois le SMIG) par mois vivent avec plus de 5 personnes tandis que seuls 9% d'enquêtés vivant avec moins de 5 personnes dépensent environ le même montant¹⁹⁷.

¹⁹⁴ Le graphique est construit sur un échantillon de 524 individus.

¹⁹⁵ Le coefficient de Pearson $r = 0,594$; $p < 0,001$. (Voir tableau 67 en annexe II-3).

¹⁹⁶ D'après la valeur de R-deux, le revenu n'explique que près de 35 % de la variation de la dépense mensuelle du ménage. (Voir tableaux 68 ; 69 et 70 en annexe II-3).

¹⁹⁷ Les résultats du Khi-deux sont significatifs : $\chi^2 = 7,86$; ddl = 2 ; $1-p = 98,03\%$.

Tableau 13 : Répartition de l'échantillon selon la taille du ménage et la dépense mensuelle¹⁹⁸

		La dépense mensuelle du ménage (FCFA)			TOTAL
		Moins de 72 000	72 000 à 143 000	Plus de 144 000	
Taille du ménage	Moins de 5 personnes	21%	13%	9%	13%
	Plus de 10 personnes	79%	88%	91%	87%
TOTAL		100%	100%	100%	100%

Source : PSOBD (2010)

D'un autre côté, 33% d'ouvriers vivant avec moins de 5 personnes dépensent moins de 72 000 FCFA contre 22% qui investissent plus de 144 000 FCFA dans la vie du ménage comme le montre le tableau 14 suivant.

Tableau 14 : Répartition de l'échantillon selon la taille du ménage et la dépense mensuelle¹⁹⁹

		La dépense mensuelle du ménage (FCFA)			TOTAL
		Moins de 72 000	de 72 000 à 143 000	Plus de 144 000	
Taille du ménage	Moins de 5 personnes	33%	44%	22%	100%
	Plus de 10 personnes	18%	46%	36%	100%
TOTAL		20%	46%	34%	100%

Source : PSOBD (2010)

On constate que les dépenses dans les familles ouvrières sont importantes et varient selon la taille du ménage et le revenu des personnes actives.

¹⁹⁸ Tableau construit sur un échantillon de 417 individus; les pourcentages sont en colonne.

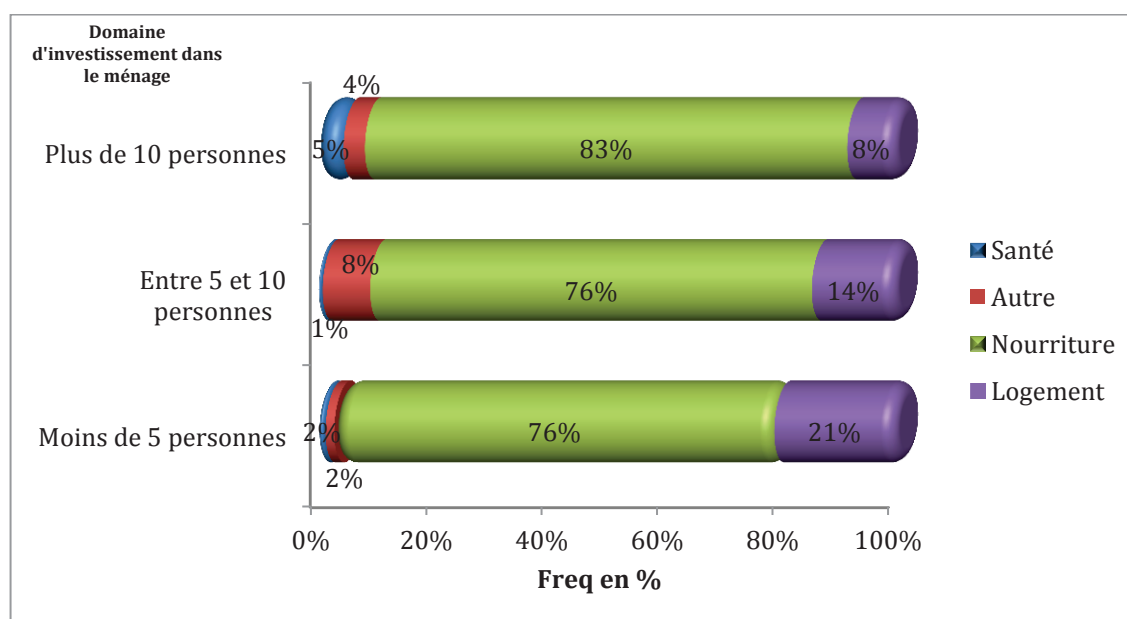
¹⁹⁹ Tableau construit sur le même échantillon que le tableau 13.

Lorsqu'on s'intéresse aux domaines d'investissement dans les ménages des ouvriers, on voit que les revenus des ouvriers et de leurs familles sont investis dans certains domaines jugés prioritaires parce qu'essentiels à l'entretien du ménage. Les informations recueillies²⁰⁰ montrent que les ménages des ouvriers dépensent en majorité dans l'alimentation (79%) et le logement (9 %) tandis que les dépenses de santé restent faibles (3%)²⁰¹.

Les dépenses en alimentation sont souvent caractéristiques des pays pauvres pour lesquels la faiblesse des revenus distribués aux ménages oblige ces derniers à privilégier les dépenses de survie, à savoir, la nourriture (Diouf M. , mai 2013). Par contre les dépenses en logement se justifient par la cherté du loyer à Dakar, et par la faiblesse du taux de propriétaire (42%), comparé à celui des locataires (52%). (Ansd, août 2012).

En revanche, si l'on observe le domaine d'investissement selon la taille du ménage, on découvre que la santé et l'alimentation sont les secteurs qui mobilisent le plus les ressources financières des enquêtés.

Graphique 20 : Répartition de l'échantillon selon la taille du ménage et le domaine d'investissement²⁰²



Source : PSODB (2010)

²⁰⁰ Voir tableau 16 en annexe II-1.

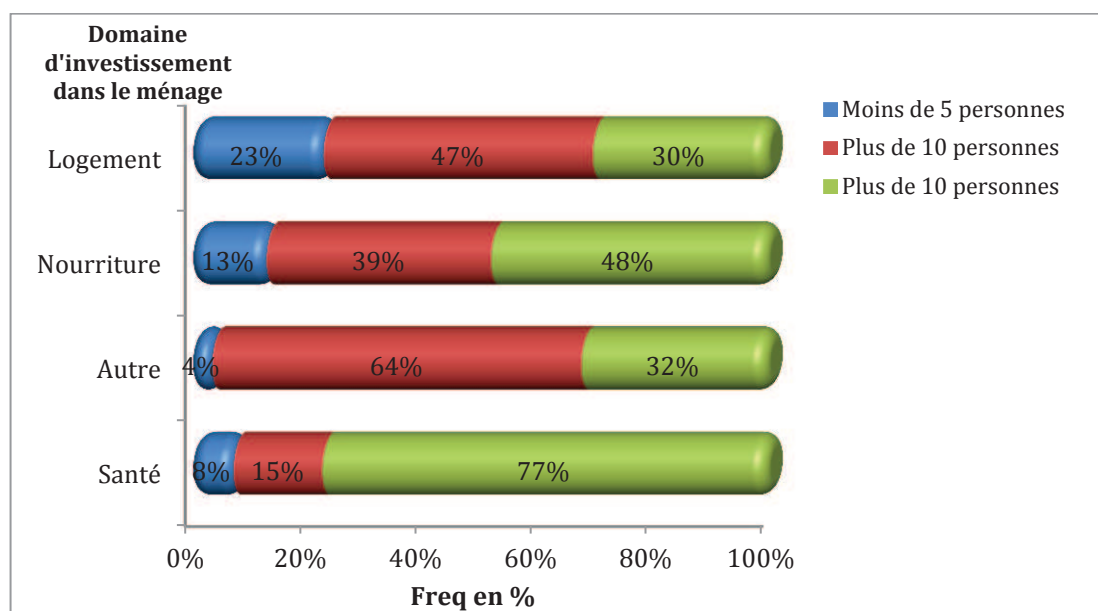
²⁰¹ La dernière enquête sur la pauvreté au Sénégal (ESPS 2011) montre que globalement, les ménages sénégalais consacrent plus de la moitié de leurs dépenses à la nourriture : à lui seul, le poste «Alimentation et boissons non alcoolisées» couvre près de 52,1% du budget des ménages au niveau nationale et 38,9% à Dakar. De même, la part des dépenses du logement sur la dépense totale des ménages est d'environ 30%. Enfin, les dépenses de santé sont faibles et tournent autour de 3%.

²⁰² Graphique construit sur un échantillon de 478 individus.

Quelle que soit la taille du ménage, le graphique 20 montre que les ouvriers en majorité (entre 76% et 83%) dépensent dans l'alimentation de la famille. Ensuite, viennent les dépenses liées au logement (loyer, factures d'électricité, d'eau et de téléphone).

De même, lorsqu'on s'intéresse aux dépenses de santé, on découvre que les réponses des enquêtés varient en fonction de la taille du ménage²⁰³. Dans les ménages de grande taille (plus de 10 personnes), les ouvriers investissent en priorité dans la santé (77%) ; ce qui paraît logique puisque le nombre de personnes augmente la probabilité qu'une d'entre elles soit malade alors que dans les petits ménages (moins de 5 personnes) le taux d'ouvriers investissant dans la santé est très faible (8%).

Graphique 21 : Répartition de l'échantillon selon le domaine d'investissement et la taille du ménage²⁰⁴



Source : PSODB (2010)

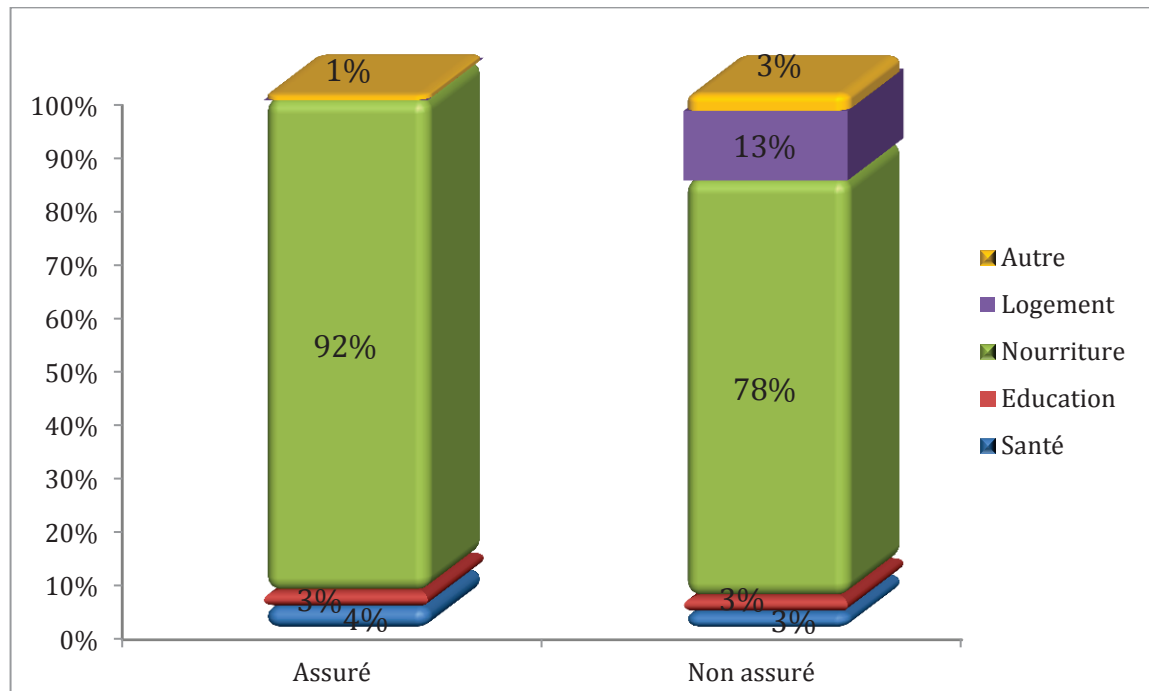
Enfin, une analyse plus poussée de l'investissement des ouvriers confirme la priorité qu'ils accordent à l'alimentation quel que soit le groupe considéré (travailleurs assurés et ouvriers non assurés). Dans le graphique 22 suivant, il apparaît que 92% des ouvriers assurés dépensent en priorité dans la nourriture contre environ 4% dans la santé. Ces pourcentages sont légèrement en baisse chez les ouvriers non couverts par une assurance maladie avec environ 78% d'enquêtés qui dépensent en priorité

²⁰³ Pour les proportions de chacun des ménages voir tableau 10 en annexe II-1.

²⁰⁴ Graphique construit sur un échantillon de 478 individus.

dans l'alimentation et 3% dans la santé²⁰⁵. L'alimentation reste donc le principal domaine de dépenses des ouvriers.

Graphique 22 : Répartition de l'échantillon selon le domaine d'investissement dans le ménage et la couverture santé de l'ouvrier²⁰⁶



Source : PSOBD (2010)

Ces résultats soulèvent des interrogations sur la capacité des ouvriers à épargner ou à investir dans des domaines comme l'assurance santé ou l'éducation. En effet, comment peuvent-ils souscrire à une prévoyance santé alors que la quasi-totalité de leurs revenus servent à assurer la survie du groupe ? Comment financer la santé individuelle et collective dans la famille ?

La prédominance des dépenses en alimentation est certes, compréhensible dans la mesure où la taille des ménages africains en général et dakarois en particulier est assez grande et les revenus assez moyens servent en priorité à la survie des membres de la famille (Briand, 2008). Ainsi, la santé n'absorbe pas les revenus des familles parce que les dépenses de santé ne sont pas quotidiennes ou fréquentes. Les membres des ménages peuvent rester des mois sans payer de frais de soins. Cela ne veut pas dire que

²⁰⁵ Les résultats du Khi-deux sont significatifs : $\chi^2=25,29$; $ddl= 3$; $1-p = 99,99\%$. (Voir tableau 71 en annexe II-3).

²⁰⁶ Graphique construit sur un échantillon de 515 individus.

les personnes et les familles ne tombent pas malades mais on peut considérer que les problèmes de santé n'apparaissent pas prioritaires, soit parce que les personnes concernées ont utilisé de moyens thérapeutiques peu coûteux ou bien qu'elles ont réduit voire abandonné des soins par manque de moyens.

La problématique de l'accessibilité des soins est depuis quelques décennies la préoccupation des populations et des pouvoirs publics car la santé a un coût et ce dernier est difficilement supporté par les catégories économiquement les plus vulnérables. Les mesures issues de l'Initiative de Bamako ainsi que les différentes stratégies nationales en matière d'équité et d'accès aux soins élaborées par les pouvoirs publics et les bailleurs de fonds (PNDS, PDIS) ont permis d'améliorer l'accès aux soins à moindre coût. Elles ont permis de baisser de façon significative les taux de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile qui passent respectivement de 120, 200 et 296 pour mille à respectivement 61, 64 et 121 pour mille entre 1970 et 2005 (Msph, 2009). Cependant, ces différentes politiques n'ont pas d'éradiquer ces mortalités parce qu'elles n'ont concerné pratiquement que les soins de santé primaire et n'ont eu pour cible que les structures sanitaires de proximité (poste de santé, centre de santé). Les taux de mortalité maternelle (392 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) et infanto-juvénile (le risque de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est de 72 pour 1000 naissances, soit environ un enfant sur 14) restent encore élevés de nos jours (EDS-MICS, 2010-2011). De même, certaines pathologies (cancers, diabète, maladies cardio-vasculaires, affections neurologiques ou sanguines) qui nécessitent de traitements coûteux dans les grands établissements de santé (hôpitaux, cliniques) restent inaccessibles aux populations et aux ménages à faible revenu.

Enfin, l'enquête révèle que malgré l'apport des autres membres du ménage et l'exercice d'une tierce activité, la grande majorité des ouvriers a des problèmes pour prendre en charge la totalité des besoins du ménage. Ces difficultés peuvent être liées à l'insuffisance des revenus mais aussi à l'importance des dépenses.

Les données indiquent qu'il y a une relation entre les difficultés d'entretien des ménages, l'investissement économique et financier dans la famille et le revenu collectif²⁰⁷. En effet, les ménages qui affirment éprouver des difficultés dépensent presque tout leur revenu. Par contre, les ménages dont les revenus sont supérieurs aux dépenses ressentent moins de problèmes économiques.

²⁰⁷ Les résultats des tests de Khi-deux sont très significatifs. Chi2= 179,297 ; ddl=6 ; 1-p= 99,99%, Chi2=111,06; ddl=1; 1-p= 99,99%; Chi2=78,874 ; ddl=6 ; 1-p= 99,99%. (Voir tableau 72 en annexe II-3).

D'ailleurs, les difficultés des ménages, les revenus et les dépenses collectives sont fortement et positivement associés²⁰⁸. De plus, selon que l'ouvrier est assuré ou non, on peut observer une variation des réponses en ce qui concerne les difficultés économiques et financières ressenties ou vécues. Plus de la moitié des assurés (56%) éprouvent des difficultés économiques contre environ trois quart (75%) chez les ouvriers non assurés²⁰⁹.

Ces résultats suggèrent-ils que la souscription à assurance santé a un effet sur les conditions de vie des ouvriers ? Autrement dit, l'assurance diminue-t-elle les difficultés dans les ménages à travers la prise en charge des frais de santé ? Il est difficile de répondre à ces questions à ce stade de l'étude, car les relations entre souscription à une assurance et difficultés économiques suggèrent une analyse plus approfondie prenant en compte les dépenses de santé, la taille du ménage, les revenus et les dépenses dans le ménage, l'entreprise de l'ouvrier, etc.

Par exemple, la nature de l'entreprise (familiale, SA, SARL) peut jouer sur les conditions de vie de l'ouvrier. En effet, au Sénégal, les grandes entreprises proposent une rémunération et une sécurité sociale plus avantageuses pour le salarié par rapport aux petites entreprises du secteur informel. On peut donc supposer que l'assurance santé, le niveau de vie sont liés à la nature de l'entreprise et à la rémunération proposée. Par ailleurs, en nous intéressant à la relation entre les revenus, les dépenses et les difficultés dans les ménages selon la souscription à une assurance santé, nous découvrons d'une part, que chez les ouvriers en difficulté, le montant des dépenses est supérieur ou égal aux revenus de l'ensemble de des membres du ménage et d'autre part que les ménages d'ouvriers qui gagnent plus de 3 fois le SMIG (165 euros) sont les seuls à ne pas éprouver de difficultés économiques²¹⁰.

Ces données sont très importantes car elles permettent de mieux analyser la souscription à une assurance. En effet, les ouvriers doivent pouvoir épargner pour investir financièrement dans la prévoyance santé. Or s'ils consomment tout ce qu'ils gagnent, ils ne pourront pas souscrire et payer régulièrement une assurance.

²⁰⁸ Les tests de corrélation $r = 0,642$; $p < 0,001$ et $r = 0,660$; $p < 0,001$. Les valeurs de Phi de Pearson sont respectivement de 0,738 et 0,789 sur un intervalle de 0 (faible relation) à 1 (forte relation).

²⁰⁹ Voir tableau 50 en annexe II-2.

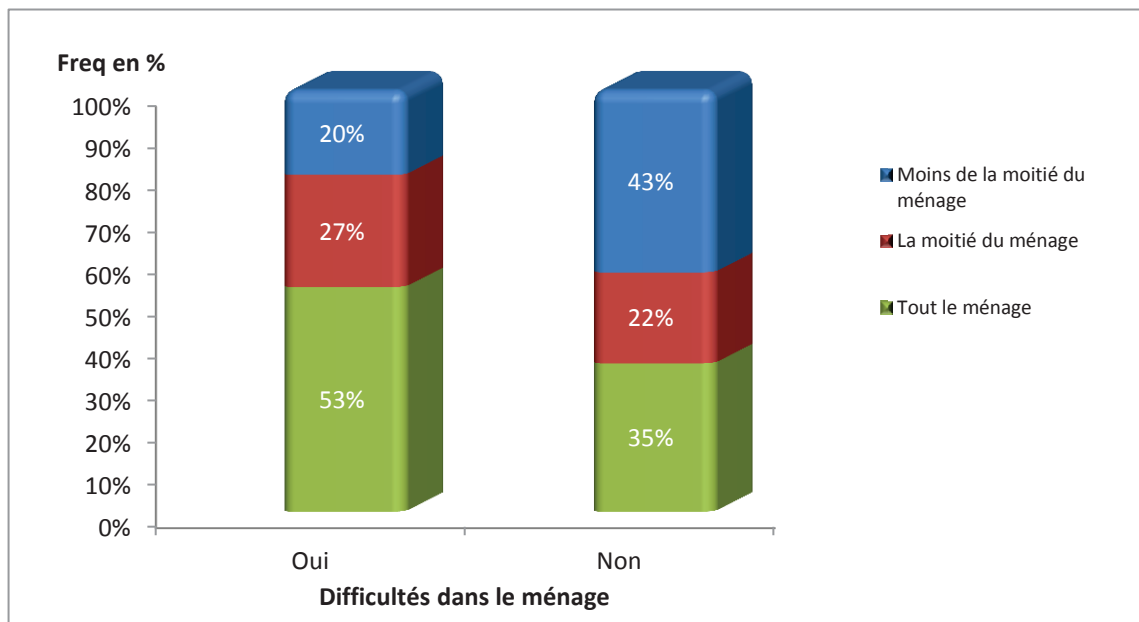
²¹⁰ Voir tableau 37 en annexe II-2.

Dans notre échantillon, on note une forte relation entre le revenu mensuel de l'ouvrier et les dépenses dans le ménage²¹¹. En fait, plus le revenu des ouvriers augmente, plus les dépenses suivent. La conséquence est la faiblesse de l'épargne et l'augmentation des difficultés.

Lorsqu'on s'intéresse aux dépenses des ouvriers enquêtés, on découvre que plus de la moitié des ouvriers (60%) prend en charge les besoins économiques de tout le ménage. De même, près d'un ouvrier sur deux (45%) soutient des personnes en dehors du ménage dans lequel il vit, alors que leur rémunération reste assez faible.

L'enquête montre qu'il y a une relation entre les difficultés et la taille du ménage. Le graphique suivant indique que plus de la moitié (53%) des ouvriers qui ont des difficultés économiques dans le ménage ont en charge tout le ménage et près d'un ouvrier sur quatre en difficulté est responsable de la moitié des membres du ménage. De même, près de la moitié (43%) de ceux qui déclarent n'avoir pas de problèmes économiques dans leur foyer ont en charge moins de la moitié du ménage²¹².

Graphique 23 : Représentation de l'échantillon selon les difficultés économiques et la prise en charge du ménage²¹³



Source : PSOBD (2010)

²¹¹ Les tests de corrélation de Pearson sur un échantillon de 500 ouvriers donnent: $r=0,586$; $p < 0,001$.

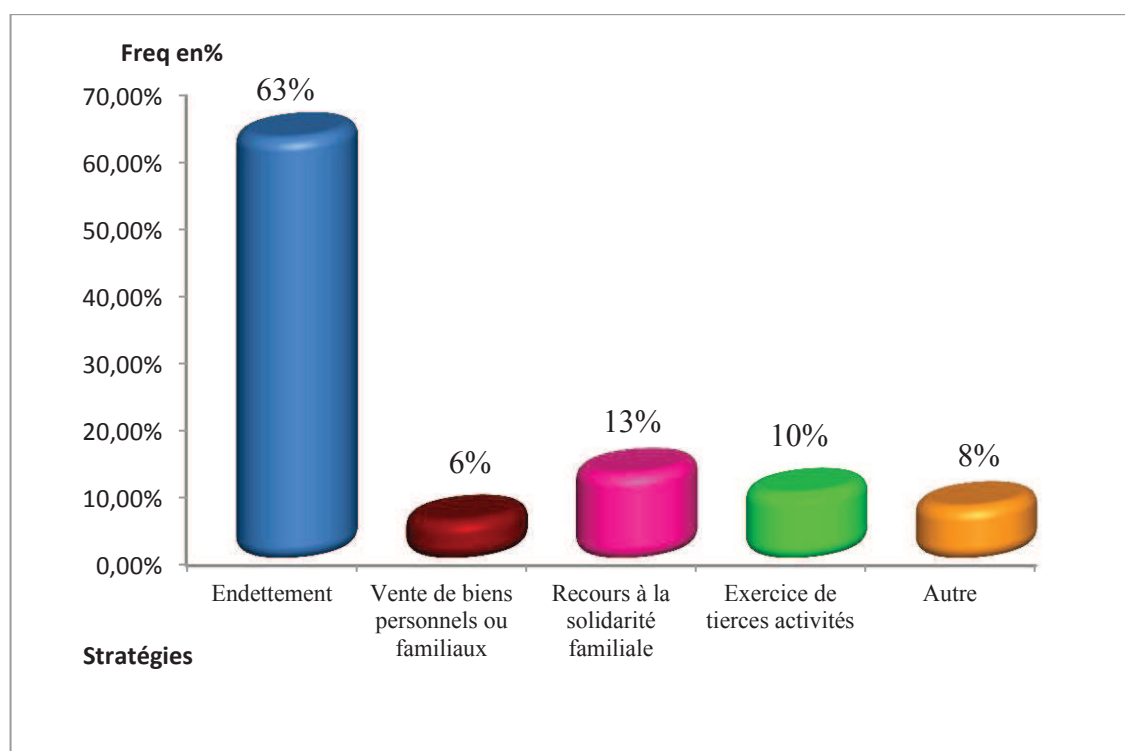
²¹² La dépendance est très significative. $\chi^2=25,55$; $ddl=2$; $1-p=99,99\%$

²¹³ Graphique construit sur un échantillon de 459 individus; les pourcentages sont en colonne.

Cette situation peut avoir une influence sur la protection sociale des travailleurs du bâtiment.

Par ailleurs, vu la part assez importante d'ouvriers en difficultés économiques et financiers, nous avons cherché à savoir comment les ouvriers arrivent à résoudre leurs problèmes. Les informations recueillies révèlent qu'ils élaborent toute une stratégie de survie pour disposer de moyens économiques et financiers leur permettant de trouver des solutions aux difficultés quotidiennes. La stratégie la plus utilisée pour faire face aux difficultés économiques dans les ménages est le recours à l'endettement. En effet, environ 2/3 des personnes interrogées affirment emprunter de l'argent auprès des particuliers (amis, parents, collègues, voisins) ou des structures financières (tontines, mutuelles de crédit, banques). Certains ouvriers sollicitent des soutiens auprès des réseaux sociaux proches (familiaux et communautaires) ou vendent leurs biens pour assurer la survie de la famille.

Graphique 24 : Répartition de l'échantillon selon les stratégies de survie des ménages²¹⁴



Source : PSOBD (2010)

²¹⁴ Graphique construit sur un échantillon de 393 individus.

Le faible recours à la solidarité familiale s'explique par le fait que l'ouvrier est souvent le seul qui dispose d'un revenu mensuel régulier important. S'il a besoin de ressources financières, il est obligé de recourir à l'endettement dans son cercle proche, les tontines, les associations ou les institutions de micro crédit.

Cependant, le recours à l'endettement pour la consommation a des incidences sur le niveau et les conditions de vie des populations. Cela augmente les dépenses et plonge les personnes dans un cercle vicieux, sans pour autant résoudre de façon durable les besoins des ouvriers et de leurs familles. De même, le pourcentage d'ouvriers qui vendent leurs biens est très minime. A ce niveau, on peut avancer l'hypothèse que les ouvriers ne disposent pas d'assez de biens mobiliers ou immobiliers à revendre. Cette hypothèse se justifie au regard de la faiblesse de leurs revenus et de l'importance des dépenses familiales, surtout dans le domaine de l'alimentation.

CONCLUSION

En définitive, le bâtiment est un secteur très hétérogène dans lequel on retrouve une diversité sociale et professionnelle assez caractéristique de la société sénégalaise. Les ouvriers exercent leur métier avec plus ou moins de difficultés et vivent une certaine précarité en termes de revenus, de conditions de travail et de perspective en matière d'emploi. En effet, les revenus des ouvriers sont très faibles et ne permettent en général pas de s'en sortir et notamment pas de souscrire une assurance maladie puisqu'environ 80 % des revenus sont utilisés pour la nourriture, le logement et le transport. Cela place les ouvriers dans une situation de précarité et d'insécurité sociale car ils exercent des activités à risque souvent sans aucune assurance en cas de maladie ou d'accidents.

En somme, l'analyse sociodémographique et économique des ouvriers du bâtiment dakarois aide à mieux comprendre le taux de couverture dans le secteur et les facteurs déterminant la souscription à une assurance santé. Toutefois, ces informations ne sont pas suffisantes pour appréhender de façon globale la protection sociale des ouvriers.

Dans le chapitre suivant, nous allons poursuivre l'analyse en nous intéressant aux risques et à la prévoyance santé dans le bâtiment à travers l'analyse des conditions et de l'environnement de travail, de la sécurité et de la prévention dans les chantiers.

CHAPITRE VII : LA PROTECTION SOCIALE DANS LE BATIMENT : ENTRE RISQUES ET PREVOYANCE

Le bâtiment est un secteur à fort risque d'accidents et de maladies car les métiers s'exercent le plus souvent dans des conditions physiques et environnementales très dangereuses. L'objectif de ce chapitre est d'appréhender cet environnement de travail et le rapport aux risques et à la sécurité dans le bâtiment pour mieux expliquer le lien entre risque, comportement, prévention et protection sociale. Ainsi, allons- nous nous intéresser aux conditions de travail des ouvriers, aux différents risques auxquels ils sont exposés dans leur métier et aux mesures de sécurité. Les résultats des analyses permettront de saisir les facteurs déterminants à une souscription à une assurance santé et d'expliquer l'insécurité sociale des travailleurs du bâtiment à Dakar.

VII-1- Ouvrier du bâtiment : métier à risques ?

De nombreux risques sont observables dans presque toutes les activités du bâtiment. Ils proviennent essentiellement de l'environnement du travail, des produits et matériaux utilisés, de l'exécution des tâches.

VII-1-1- Conditions de travail, risques et protection dans le Bâtiment

L'industrie de la construction est un métier atypique dans lequel les ouvriers sont en permanence exposés aux intempéries (chaleur, vent, pluie, poussière) à différentes phases du travail et pendant de longues heures parce qu'ils travaillent souvent dehors en plein air ou au niveau d'ateliers à ciel ouvert.

Les images suivantes (photos 1; 2; 3; 4) montrent qu'à Dakar les ouvriers du bâtiment (maçons, menuisiers, plafonniers) travaillent le plus souvent dehors ou dans des ateliers de fortune qui ne les protègent pas totalement contre les risques environnementaux. Dans ces photos, on peut voir, les menuisiers (photo 4) travailler à l'air libre sous les arbres pour éviter le soleil. Les ateliers de travail sont souvent très exigus et les ouvriers sont obligés d'exercer devant l'atelier pour d'une part avoir suffisamment d'espace de travail et d'autre part exposer leurs produits aux passants et aux riverains.

Les petites maisonnettes qu'on peut apercevoir dans les photos 4 et 6 en arrière-plan, ne servent qu'à garder le matériel de travail.

Photo 1 : Maçons dans un chantier à Dakar



Source : Diallo, PSODB (2010)

Photo 2 : Atelier de faux plafonds à Dakar



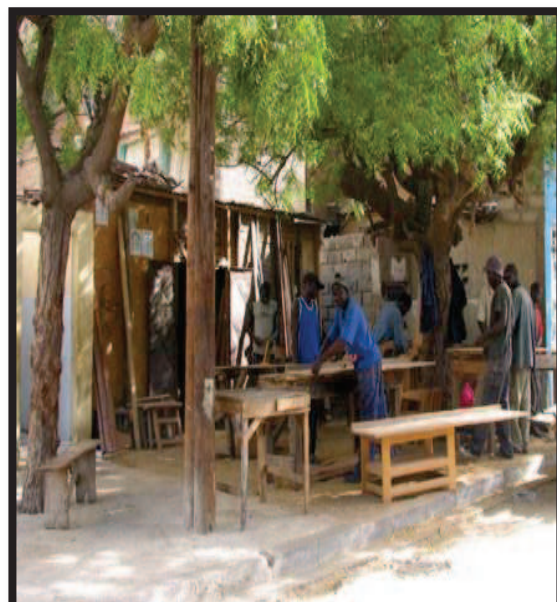
Source : Diallo, PSODB (2010)

Photo 3 : Atelier de menuiserie métallique à
Dakar



Source : Diallo, PSODB (2010)

Photo 4 : Atelier de menuiserie en bois en plein
air à Pikine



Source : Diallo, PSODB (2010)

Ces images sont observables un peu partout à Dakar où les ouvriers travaillent souvent dans les quartiers populaires au milieu des habitations et même dans les rues.

Par ailleurs, la construction est un métier physique et très pénible. Les ouvriers et les manœuvres sont soumis à des charges physiques très pénibles (port de charges lourdes.), à des vibrations, à des postures pénibles et durables, à de fréquentes mobilités... Dans leurs activités les ouvriers dépensent beaucoup d'énergie dans les chantiers parce que le travail demande de la force, de la résistance et de l'endurance.

Au Sénégal, les conditions de travail dans la construction sont très difficiles pour la plupart des ouvriers parce que les entreprises de bâtiment manquent de moyens de protection individuels (chaussures, tenues, gants, lunettes) et de moyens mécaniques modernes (grue, pelleteuse, monte-charge) pour soulager l'effort physique. De ce fait, ils sont souvent exposés à des risques de toutes sortes, à tous les niveaux et dans tous les corps de métier (Margossian, 2006).

VII-1-1-1- A-Typologie des risques professionnels dans le bâtiment

Une analyse du secteur permet de répertorier un certain nombre de risques devenus inhérents au métier. Ces risques sont liés à la hauteur, à la circulation, à l'activité (manutention), à l'environnement de travail (intempéries, instabilités).

-Les risques liés aux chutes

Dans les chantiers, la chute est souvent l'accident le plus redouté dans la mesure où elle conduit à des blessures graves pouvant conduire à une invalidité ou à une perte de la vie. Les risques de chute sont très fréquents car de nombreuses tâches s'exécutent en hauteur et les agents n'utilisent pas souvent les équipements de protection individuelle recommandés. Les chutes peuvent être : de hauteur (personnes et objets), de plain-pied (accès, circulation sur chantier) et d'échafaudages (personnes et matériels). En ce qui concerne la chute d'objets, les entretiens suivants avec les professionnels du bâtiment (ouvriers et cadres) montrent que les travailleurs sont exposés à de nombreux dangers.

Dans les chantiers, il y a toujours de risques parce qu'on travaille avec des panneaux qu'il faut soulever. Ces panneaux sont lourds puisque constitués de béton et de fer. Parfois ces panneaux sont justes au-dessus de nos têtes et à chaque fois, les câbles et les crochets peuvent céder.

(M. X. ouvrier accidenté de chantier)

Nous soulevons des objets très lourds qui pèsent 40 kg et si ces objets tombent sur tes pieds et que tu n'avais pas mis des chaussures de sécurité, ces objets peuvent te couper les doigts du pied ou te causer une blessure grave. (A. B. Ouvrier du BTP et ancien PCA d'IPM)

En ce qui concerne les panneaux et les dalles, on doit les soulever pour les mettre dans les camions afin de les transporter sur le chantier. Ce sont des éléments très lourds et parfois les matériaux n'ont pas assez séché, ce qui fait que lorsqu'on soulève la dalle, elle se casse et tombe. Il y a aussi les moules qui doivent être déplacés car pour chaque type de maison, il y a une disposition particulière des moules, ce qui fait qu'on modifie les cadres qui pèsent plus de 150 kg, donc elles peuvent chuter sur les pieds (B. L. chef du personnel dans une BTP)

Source : PSOBD (2010)

Ces trois discours sur le risque de chute d'objets (dalles de béton) dans une entreprise de construction de bâtiment à Dakar montrent à quel point le risque est important pour l'ouvrier. Les objets ou matériaux ainsi suspendus peuvent tomber sur l'ouvrier et le blesser mortellement ou bien causer une invalidité très grave.

En ce qui concerne la chute de hauteur, les risques d'accidents sont aussi très importants. Les chutes peuvent être causées par une échelle mal posée ou l'effondrement d'une partie de l'ouvrage car les ouvriers travaillent souvent sans attache ou sur des lieux instables comme le montrent les images suivantes (photo 5 et photo 6).

Photo 5 : Maçon sur un échafaudage en bois à Keur Massar (Pikine)



Source : Diallo, PSOBD (2010)

Photo 6 : Maçon sans attaches sur un mur à Petit Mbao (Pikine)



Source : Diallo, PSOBD (2010)

On observe sur ces photographies que les deux maçons travaillent en hauteur et sans aucune attache. Ils sont debout, l'un sur un échafaudage en bois maintenu par trois piquets (photo 5) et l'autre (photo 6) sur un mur épais en construction. Ils n'ont aucune attache et utilisent leurs mains pour solidifier le mur. Dans les deux cas, une chute peut intervenir à tout moment car leurs appuis ne sont pas sécurisés.

Pour éviter les chutes de hauteur les employeurs mettent en place quelques techniques afin de minimiser les risques d'accidents.

En bâtiment, il y a toujours le risque de tomber puisqu'ils travaillent en hauteur. On essaye souvent de sécuriser les angles dangereux. Ce sont des zones où il n'y a pas d'escaliers (parce que nous on construit en même temps avec les escaliers). Donc, on fabrique des garde-fous avec des poutrelles et des planches pour renforcer un peu la sécurité. (K.S. Directeur technique dans une entreprise de BTP)

Source : PSOBD (2010)

Malgré ces mesures et ces techniques, le risque lié à la chute de hauteur est très important dans le bâtiment en raison de la nature du travail et des comportements des ouvriers.

-Les risques liés à l'électricité : certains emplois du bâtiment comme la menuiserie mécanique, l'électricité, la maçonnerie et la soudure mécanique utilisent l'électricité pour créer un produit, percer un mur ou un trou, scier ou couper du bois, souder des barres de fer, raccorder un branchement électrique... Pour toutes ces activités, les ouvriers manipulent le courant électrique, utilisent des outillages, engins et accessoires électriques ou effectuent de travaux à proximité de lignes électriques.

Les images suivantes montrent les ouvriers en train de manipuler le courant électrique sans protection. Ils travaillent les mains nues près des étincelles (photo 7) et des fils électriques non isolés (photo 8).

Photo 7 : Menuisier métallique à Dakar Photo 8 : Ouvriers électriciens à Guédiawaye (Amitié 2)



Source : Diallo, PSOB (2010)



Source : Diallo, PSOB (2010)

Le risque d'électrocution ou d'électrisation est réel, surtout lorsque l'ouvrier n'utilise pas d'équipements de protection individuels ou ne prend pas de mesures adéquates pour éviter le contact avec le courant (utiliser un isolant, couper la source électrique ou porter des gants) pour prévenir tout danger. Les accidents causés par un choc électrique peuvent être invalidants (brûlure) ou mortels (par fibrillation ventriculaire, asphyxie ou arrêt du cœur) lorsque la décharge électrique dégagée dépasse un certain voltage insupportable pour le corps humain. Cependant, le degré d'électrocution varie selon la nature du courant (alternatif ou continu), l'intensité du courant (plus de 50 volts alternatifs / 120 volts continus), la durée de contact avec la peau et l'état de cette dernière au moment de la décharge.

Les accidents liés à l'électricité peuvent aussi provenir de l'environnement du travail avec l'existence de sources conductrices d'électricité²¹⁵ comme le révèle ce soudeur électrique, victime d'accidents dans son lieu de travail.

Lorsqu'il pleut, le chantier n'est pas totalement couvert donc il y a des risques de contact avec une source d'eau et donc d'électrocution, (...). Le risque est tellement important que même si l'entreprise ne te le fournit pas, toi même l'ouvrier tu vas te l'acheter pour te protéger parce que le groupe émet 380 KW et avec ce courant, tu dois monter et souder avec. Il suffit de peu pour s'électrocuter. Si tu connais ce risque, cela te permet de porter des gants pour te protéger.
(M. X. un ouvrier accidenté de chantier dans une entreprise de BTP à Dakar)

Source : PSOBD (2010)

Ce discours laisse apparaître la conscience du risque lié à l'activité chez les ouvriers accidentés. Les entretiens et les observations sur les lieux de travail montrent que les ouvriers du bâtiment sont conscients des risques d'accidents et de maladies professionnelles. Souvent, ils élaborent des stratégies individuelles et collectives d'évitement des dangers dans les chantiers en communiquant et en assainissant l'environnement de travail pour éviter les risques. Mais cette conscience n'est pas toujours acquise pour les ouvriers non accidentés qui peuvent avoir une autre approche face aux risques professionnels.

-Les risques liés aux circulations et aux transports

Les chantiers de construction sont de véritables lieux de mobilité entre les ouvriers et les nombreux véhicules et engins. La coordination de différentes activités et tâches requiert le déplacement et la circulation aussi bien des ouvriers que des machines. Dans ce contexte, il est indispensable d'élaborer un plan de circulation et de mettre des panneaux signalétiques dans les chantiers au risque de créer des accidents entre les véhicules et entre les hommes et les engins. La stratégie utilisée dans les chantiers est la communication visuelle par le moyen de panneaux indiquant la limitation de vitesse, le sens de circulation, les zones protégées et les priorités.

²¹⁵ Il est admis qu'au-dessus de 1000 volts, même sans contact direct avec un conducteur, l'électricité constitue un danger parce qu'il se produit une ionisation de l'air.

Les consignes s'appliquent à la fois aux travailleurs, aux riverains, aux employeurs, aux visiteurs et collaborateurs.

La régulation du trafic entre les véhicules et entre les travailleurs et les engins roulants ou motorisés ainsi que le respect des consignes de circulation permettent de réduire considérablement les risques d'accidents dans les chantiers.

Figure 3 : Panneaux signalétiques dans les chantiers de BTP



-Les risques liés aux manutentions

Les professionnels du bâtiment manipulent des matériaux, des objets et conduisent des véhicules ou d'engins pour la construction de l'ouvrage ou l'exécution d'un service. Cette manipulation peut être manuelle ou mécanique. Cependant, du fait de la nature des objets ou matériels de travail qui sont le plus souvent lourds, tranchants ou inflammables, les ouvriers courent un réel risque pour leur intégrité physique. Ces risques concernent souvent des chutes d'objets, des coupures, des entorses, des luxations, des fractures, des contusions, des brûlures et l'électrocution.

Photo 9 : Ferrailleur sans gants à Dakar



Source : Diallo, PSOBD (2010)

Photo 10 : Ferrailleur sans protection à Dakar



Source : Diallo, PSOBD (2010)

A Dakar, certains ouvriers travaillent toujours sans protection. Lors de nos enquêtes, nous avons observé de nombreux ouvriers manipulant des machines tranchantes ou découpant le fer à main nue. Les images précédentes (photos 9 et 10) montrent deux ouvriers ferrailleurs découpant du fer rouillé sans aucun équipement de protection.

En plus de manipuler le fer rouillé, ils travaillent dehors, par terre, les matériaux dans le sable et les pieds très proches des objets tranchants. Dans ces situations, le risque de blessure est très élevé comme l'affirme cet ouvrier du BTP.

Parfois dans nos tâches, nous utilisons le fer, donc il arrive parfois que l'ouvrier essaye de frapper contre un fer et se trompe de cible et là il se tape sur les doigts
(A. B. Ouvrier du BTP et ancien PCA d'IPM)

Source : PSOBD (2010)

Les risques liés à la manutention sont fréquents puisque le bâtiment est avant tout un métier manuel dans lequel on utilise beaucoup les membres supérieurs (les bras et les mains). Il arrive souvent que les ouvriers se blessent en manipulant les objets pointus ou tranchants.

Dans les photos 9 et 10, on peut voir que les deux ouvriers manipulent le fer sans gants, ni masques, ni chaussures de sécurité. Ils peuvent se couper les mains ou recevoir de débris dans les yeux ou encore se blesser aux pieds.

-Les risques liés aux instabilités

Les chantiers sont des lieux très instables à cause des nombreux travaux qui s'y effectuent. Aussi bien le sol que l'ouvrage peut céder à des charges lourdes ou à des facteurs exogènes comme le vent, la pluie provoquant des éboulements, des enfouissements, des chutes d'objets ou d'effondrement de l'ouvrage. Il est impératif de sécuriser l'ouvrage avec un système d'échafaudage moderne et rigide. Toutefois, les bâtiments en construction ne sont pas bien sécurisés. Les ouvriers utilisent parfois de morceaux de bois fragiles qu'ils posent sur des briques en ciment lors du coffrage par exemple ou pour l'échafaudage dans son ensemble.

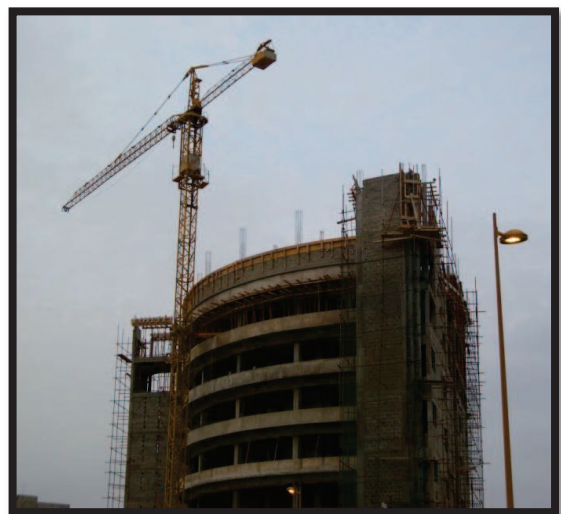
La photo 11 suivante montre bien un échafaudage traditionnel en bois qui peut céder sous le poids du béton et causer des accidents. On peut observer que les bois utilisés ne sont pas adaptés à un échafaudage sécurisant car ils sont courts et déformés. Ils peuvent céder facilement sous le poids du béton qu'ils supportent. En plus, le bois est posé sur des briques en ciment isolées et non compactes. Les briques peuvent se casser à tout moment sous le poids de la dalle de béton.

Photo 11 : Echafaudage en bois à Dakar (zone de captage)



Source : Diallo, PSOBD (2010)

Photo 12 : Echafaudage mécanique à Dakar (centre-ville)



Source : Diallo, PSOBD (2010)

Il faut dire que cette technique est souvent utilisée par les petites entreprises familiales et les artisans maçons tandis que les grandes entreprises utilisent plutôt un système moderne d'échafaudage fait de matériel résistant et sécurisant comme le montre la photo 12. Néanmoins, l'utilisation même d'échafaudage mécanique moderne ne garantit pas pour autant une sécurité totale. Des accidents peuvent survenir dans les ouvrages faits à partir d'un tel échafaudage, comme l'affirme le directeur technique d'une société de BTP. Néanmoins, il faut reconnaître que ce système mécanique est plus sécurisant et contribue à réduire fortement les risques d'éboulement ou d'affaissement des ouvrages en construction.

-Les risques liés à l'environnement des lieux de travail

Les chantiers et les ateliers constituent souvent les lieux de travail des ouvriers. Dans ces lieux, ils travaillent dans un environnement spécifique caractérisé par du bruit, de la chaleur, de la poussière, de la lumière, de la fumée, des odeurs,... En outre, avec la présence et le mélange des produits corrosifs ou toxiques (colles, peinture et solvants, pigments, vernis, solvants et éthers), l'ouvrier est exposé à des risques toxicologiques, des risques d'incendie-explosion, des risques d'asphyxie, de pertes d'audition ou de la vue.

Les risques dépendent des ateliers, chaque atelier a son propre risque. Par exemple, à la chaudronnerie, les risques sont liés aux éclairs lumineux. Parce que lorsque l'ouvrier effectue de travaux de soudure sans masque, il va ressentir des picotements dans les yeux, c'est comme si on avait mis du piment dans les yeux. Le masque atténue les rayons et protège contre les lumières fortes. L'ouvrier qui travaille sans masque et qui observe le rayonnement à l'air libre, ne pourra pas dormir la nuit à cause des picotements douloureux. A long terme, avec l'âge, l'ouvrier peut avoir des problèmes de vision. (A. B. Ouvrier du BTP et ancien Président de conseil d'administration d'IPM à Dakar)

Source : PSOBD (2010)

Les propos de cet ouvrier sont révélateurs des dangers liés à la soudure métallique et à l'usage de l'électricité dans les chantiers. Lors des visites de terrain, nous avons observé que les ouvriers n'utilisent pratiquement pas des masques adaptés pour la soudure métallique, comme le montrent les photos 13 et 14 suivantes. Ils portent le plus souvent des lunettes de soleil et de barrières de protection non adaptées. Or les risques liés à l'activité de soudure métallique sont très importants.

Les ouvriers sont exposés à des particules chimiques liées aux fumées de soudage, à des rayonnements thermiques et oculaires liés à la chaleur et à la lumière électrique.

Photo 13 : Apprenti soudeur métallique à Dakar (HLM 1)



Source : Diallo, PSOBD (2010)

Photo 14 : Soudeur avec lunettes de soleil à Dakar (Amitié 2)



Source : Diallo, PSOBD (2010)

Le port d'équipement individuel de protection, l'aération des lieux, et la neutralisation des sources d'incendie sont nécessaires pour éviter tout accident ou maladie chez l'ouvrier. Cependant, le risque d'accident collectif est également très présent au niveau de certaines entreprises du bâtiment qui se trouvent dans la zone industrielle car ce lieu concentre de nombreuses entreprises et des dépôts de produits pétroliers ou gaziers (Total Gaz, ICS, SAR, DIPROM) mais aussi un site d'extraction de plomb (Thiaroye).

VII-1-1-2- B- Au-delà des risques : accidents de travail et maladies professionnelles

L'analyse du risque dans le bâtiment a permis de voir que le métier est plein de dangers. Le degré très élevé de ces risques fait qu'ils se matérialisent souvent en accidents de travail ou en maladies dites professionnelles.

➤ ***Le bâtiment : un métier « accidentogène »***

Au Sénégal, l'industrie de la construction est un secteur très « accidentogène » (qui donne lieu à l'accident). En effet, selon les autorités « Ils sont quelque 3 500 travailleurs à être victimes, chaque année, d'accidents de travail au Sénégal » (Dabo, 2010) et les secteurs les plus exposés sont ceux de la construction, des travaux publics, de la pêche et de la chimie.

En 2003, la « Caisse de Sécurité Sociale a enregistré mille six cent neuf accidents de travail déclarés dans le BTP » (Faye B. , 2004, p. 13). Cependant, ces chiffres ne reflètent pas véritablement la réalité puisque de nombreuses petites et moyennes entreprises ainsi que les ouvriers du BTP eux-mêmes ne déclarent pas les accidents pour éviter des problèmes avec les pouvoirs publics (ministère du travail, tribunal et inspection du travail) ou la caisse de sécurité sociale.

Par ailleurs, la caisse de sécurité sociale est consciente des risques d'accidents dans le bâtiment comme l'affirme le directeur de la prévention.

Le BTP est assez particulier. Si le secteur ne présente pas le taux de fréquence le plus élevé en termes d'accidents, vous conviendrez avec moi que généralement les accidents dans ce secteur sont graves. La majeure partie de cas d'accidents mortels que nous enregistrons nous viennent des BTP. En général ce sont des cas de chute de hauteur qui sont parfois fatales. (M.T. cadre à la CSS)

Source : PSOBD (2010)

En outre, même les cadres des entreprises de BTP reconnaissent l'existence d'accidents dans leur secteur comme le confirme les propos suivants : « Il y en a quand même quelques accidents de travail. En 2009, on a eu entre trois et cinq accidents de travail, mais ce n'est pas très méchant ». (K.S. Directeur technique dans une entreprise de BTP) Toutefois, les deux discours révèlent que les acteurs n'ont pas la même perception de la dangerosité du secteur. D'un côté, les agents de la CSS insistent sur les mortalités observées dans le secteur tandis que de l'autre côté les responsables dans les entreprises de BTP minimisent ces phénomènes.

Les raisons évoquées pour expliquer une telle situation sont souvent liées au manque de formation et au non-respect des prescriptions en matière d'hygiène et de sécurité au travail. Malgré tout, il faut reconnaître que le bâtiment est avant tout un métier à risques avec une probabilité d'accidents de travail et de maladies professionnelles très importante parce que les ouvriers travaillent dans des lieux très exposés (en hauteur), manipulent des produits nocifs pour la santé (ciment, amiante, peinture) et utilisent du matériel dangereux (scie électrique, tronçonneuse, marteau piqueur).

Pour mieux saisir et comprendre les risques d'accidents dans le secteur de la construction, nous avons effectué des entretiens avec quelques ouvriers et agents du bâtiment. Leurs récits montrent que les accidents sont souvent individuels et ont lieu dans l'atelier de travail, dans les chantiers ou sur le chemin entre le lieu du travail et la résidence de l'ouvrier ou entre l'entreprise et les chantiers.

En fonction de l'activité à effectuer, la nature des travaux, l'environnement de travail, et la relation entre les différents travailleurs, les accidents peuvent être plus ou moins spectaculaires et causer des dommages physiques assez importants. Les discours suivants donnent un aperçu de certains accidents qui peuvent arriver dans les lieux de travail.

Quand je travaillais sur la machine je portais des gants mais la machine a transpercé les gants pour atteindre les doigts. Il est vrai je ne portais pas beaucoup d'attention au bois que j'étais en train de scier parce que le bois en question avait un trou au milieu et au moment de scier le bois s'est coupé très rapidement et la machine a atteint mes doigts (...). Aussi, je me souviens il y a quelques temps, mon frère a fait un accident au niveau de l'atelier. L'accident s'est déroulé en plein travail. A l'époque, la machine de bois était toute neuve, donc ne faisait pas de bruit. On l'entendait à peine quand on effectuait nos tâches avec la machine. Un jour, alors qu'on travaillait sur le bois, j'ai entendu un bruit et soudain je me suis retourné pour voir ce qui se passe. C'est en ce moment que j'ai aperçu mon collègue qui se tenait la main. La machine venait de couper un de ses doigts, (...). Dans notre métier, il y a plusieurs façons d'accidents. On peut être atteint à la main, à la tête ou au visage, cela dépend de la façon dont tu manipules le bois et la machine parce qu'il y a certains bois lorsqu'on les scie ils se ferment ou s'ouvrent au contact de la lame. Et ce contact peut faire glisser le bois et atteindre les doigts ou une autre partie du corps. (S. D. ouvrier accidenté de travail au niveau de l'atelier dans une entreprise de BTP à Dakar).

Source : PSOBD (2010)

Les propos de cet ouvrier victime d'accident de travail montrent d'un côté la dangerosité de l'utilisation des machines électriques dans la menuiserie car elles sont souvent très dangereuses et l'ouvrier n'est pas à l'abri d'un accident, de l'autre côté, le discours pose le problème du port d'équipements de protection individuelle (EIP) dans certains corps de métier. En effet, l'ouvrier accidenté affirme porter des gants mais que cet outil de protection n'a pas permis d'éviter l'accident, ni réduire l'impact. Dès lors, doit-on dire ou mettre en relation la non utilisation d'équipement de protection et la nature de l'activité ? L'analyse du métier et des comportements des ouvriers permettra d'apporter une réponse à cette interrogation.

Par ailleurs, les accidents peuvent parfois impliquer de nombreux travailleurs. Dans ce cas, un ou plusieurs ouvriers peuvent être atteints à cause de l'enchaînement des événements ou de la réaction des concernés.

J'étais en hauteur et je soudais, pendant ce temps, la machine tournait et pivotait et le contrepoids s'est écrasé contre le mur sur lequel j'étais monté. Heureusement, je l'ai vu trop tôt et je me suis automatiquement dit si j'essaye de descendre il va me tomber dessus. Sur le champ, j'ai sauté sur l'autre mur déjà soudé pour éviter le contrepoids, mais mon collègue lui hésitait parce qu'il voulait au départ courir et sortir et finalement il a eu peur et s'est rétracté et quand il a voulu repartir c'est en ce moment que le panneau l'a heurté car il n'avait pas fini de s'échapper puisque sa jambe trainait encore. Il a été donc touché à la jambe et le diagnostic a révélé une fracture de la jambe. Par ailleurs, il y avait un autre collègue qui était tout près mais ce dernier, c'est l'échelle sur laquelle j'étais monté qui l'a heurté lorsque j'ai sauté. Si je n'avais pas sauté, je serais touché aussi puisque le panneau se dirigeait tout droit sur moi. J'ai choisi donc de remonter en sautant pour empêcher le panneau de tomber. Mais en sautant, l'échelle s'est déséquilibrée et a touché mon collègue. (M. X. ouvrier accidenté de chantier dans une entreprise de BTP à Dakar)

Source : PSOBD (2010)

Ces deux récits témoignent de l'importance du risque d'accidents dans le bâtiment. Ces derniers ont diverses origines et leur degré varie en fonction du corps de métier, de la présence des risques et du comportement des agents dans les chantiers et les ateliers de travail.

➤ **Les maladies professionnelles dans le bâtiment : revue des pathologies les plus fréquentes**

Le travailleur est souvent exposé à divers risques qui ont souvent une incidence sur sa santé. Au Sénégal, comme partout ailleurs, l'industrie de la construction génère des maladies qui sont souvent propres à l'emploi. En effet, les « troubles musculo-squelettiques, pertes d'audition, dermites et affections respiratoires sont les maladies professionnelles les plus courantes dans la construction » (Rotto, 2000 , p. 93.11). Ces affections touchent plus ou moins les ouvriers selon le corps de métier, l'activité et le niveau de protection pendant l'exécution des tâches.

-Les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont un ensemble d'affections touchant les tissus mous et les articulations et qui sont causées d'une part par le vieillissement, le mode de vie et d'autre part par les efforts physiques et le stress. Les pathologies liées aux TMS affectent principalement les nerfs, les tendons et les muscles et elles se manifestent le plus souvent au niveau de l'épaule (Baillargeon & al, 1998), du coude, des mains, du poignet (Aptel, Cail, & Aublet-Cuvelier, 2005), du genou, de la cheville et du dos comme le montre le tableau 15 suivant.

Tableau 15 : Les troubles musculo-squelettiques dans le BTP

Localisation	Syndromes
EPAULE	Epaule raidie ou douloureuse
COUDE	Syndrome de la gouttière épitrochléo-olécranienne, Hygroma aigu, Hygroma chronique, Epitrochléite, Epicondylite
MAIN, DOIGTS, PIED, POIGNET	Syndrome du canal carpien, Syndrome de la loge de guyon, Ténosynovite, Tendinite
GENOU	Syndrome de compression du nerf sciatique poplité externe, Hygroma aigu, Hygroma chronique, Tendinite sous-quadricipitale ou rotulienne, Tendinite de la patte d'oie
CHEVILLE, PIED	Tendinite achilléenne

Source : INRS

L'origine des TMS est souvent à rechercher dans l'organisation du travail et de la production (Bourgeois, C, Hubault, & al, 2006) (manque de pauses, courts délais d'exécution des tâches, posture inappropriée) car ils résultent souvent d'un déséquilibre entre les capacités fonctionnelles des individus et les fortes sollicitations au travail.

Dans l'industrie du bâtiment, les principaux facteurs de risque sont : le travail en position statique maintenue, la forte répétitivité des gestes et les efforts excessifs. Les TMS les plus courants sont le syndrome du canal carpien²¹⁶ et les tendinopathies ou tendinites (inflammation du tendon.). Ces pathologies, lorsqu'elles ne sont pas diagnostiquées et traitées à temps, sont susceptibles de causer des problèmes de santé pouvant aller jusqu'à l'invalidité ou le handicap.

-Les affections respiratoires sont des pathologies causées par le contact avec des particules organiques ou chimiques dans le milieu du travail. Dans l'industrie de la construction, les affections respiratoires professionnelles sont provoquées par l'exposition à la poussière, aux débris, à l'amiante et à l'inhalation de produits chimiques ou toxiques (Martinet, Anthoine, & Petiet, 1999). Les pathologies les plus connues sont : l'asthme, la silicose, la bronchite chronique et la rhinite. Ces maladies touchent le plus souvent les menuisiers en bois, les maçons, les peintres, les plombiers et les charpentiers. En outre, l'environnement de travail (zone confinée, non aérée, humide, insalubre et poussiéreuse) a une forte influence sur les risques liés aux maladies respiratoires telles l'asthme ou même la tuberculose.

De nos jours, l'affection respiratoire la plus redoutée est celle liée à l'amiante parce qu'étant à l'origine de maladies comme l'Asbestose (affection pulmonaire due à l'inhalation de grandes quantités de poussière d'amiante), le cancer broncho-pulmonaire, le mésothéliome (le cancer de l'amiante) et la plèvre viscérale (Ameille, Brochard, & Pairon, 2000).

Il faut dire que pendant très longtemps grâce à sa résistance à la chaleur, aux agressions électriques et chimiques, l'amiante a été utilisée pour fabriquer des conduites ou canalisations, des mortiers, des colles, de l'enduit, de la peinture, de la bitume, des faux-plafonds, des dalles ou revêtements de sols en matière plastique.

²¹⁶ Le canal carpien est un espace situé au niveau de la main qui sépare les os du poignet d'un ligament rigide liant les os de la main.

En France, Caroline Faesch montre que de nombreux salariés d'une usine de BTP dans la Drôme ainsi que leur famille ont été exposés à ce produit (Faesch, 2001). Malheureusement, le diagnostic et la prise en charge n'ont pas été faits correctement.

Aujourd'hui, l'amiante est omniprésente dans les habitations (toit, cloisons intérieures, plafonds, ascenseurs, dalles de sol, canalisation et tuyauterie) et toute manipulation de matériaux à amiante (bricolage, perçage, grattage, destruction) sans protection peut causer des maladies graves et mortelles car l'amiante est toxique par inhalation de la substance minérale contenue dans des matériaux de construction, d'entretien ou de réparation des bâtiments. La plomberie, l'électricité, le plafonnage, la maçonnerie, la tôlerie, la peinture, la pose de papiers peints, le carrelage, le câblage, sont les principaux métiers à risques d'amiante dans le bâtiment.

Au Sénégal, depuis 1991, l'amiante est reconnue comme étant à l'origine de maladies professionnelles²¹⁷ et sa prise en charge se fait sur une durée de 10-15 ans²¹⁸. Cependant, l'amiante n'est pas encore interdite dans le pays, comme c'est le cas en France et dans certains pays européens²¹⁹. Au contraire, des entreprises de fabrication de matériaux de construction à base d'amiante²²⁰ continuent à produire cette substance minérale pour la construction des habitations. En outre, les toits de la plupart des maisons construites dans le centre-ville (avant 1960) et celles construites par les sociétés immobilières comme la SICAP et l'OHLM sont faits de matériaux contenant de l'amiante (fibrociment).

- Les pertes d'audition : les chantiers et les ateliers sont par essence des lieux bruyants parce qu'étant des espaces de production et de travail. En effet, la réalisation d'ouvrages ou l'exécution de tâches se font dans une sorte de « brouhaha » et « tohu-bohu » entre les hommes d'une part (paroles, chants, cris, claquement des mains) et les machines (vibration), véhicules et engins (vrombissement, sonnerie, claquement de moteurs) d'autre part.

Dans les entreprises dakaroises, les bruits issus de l'activité sont très présents, comme en témoigne le discours d'un cadre d'une grande entreprise du BTP spécialisée dans la création de maisons préfabriquées.

²¹⁷ Arrêté interministériel n° 6048 du 24 juillet 1991, portant tableaux des maladies professionnelles.

²¹⁸ Voir le tableau 29 du tableau des maladies professionnelles en annexe III.

²¹⁹ L'amiante est interdite en France dans la construction depuis 1997 et dans l'Union Européenne depuis le 1^{er} janvier 2005.

²²⁰ Exemple : la Société de l'Amiante Ciment (SENAC) et l'Entreprise de Fabrication de Carreaux (ENFAC- SA).

Il y a une chose particulière aussi dans nos ateliers, en effet quand le ciment est coulé, on doit le vibrer et la vibration du ciment implique l'utilisation d'engins très performants qui font beaucoup de bruits. On ne s'entend pas quand on fait la vibration. Donc ces agents-là, s'ils n'ont pas de protège oreilles, peuvent courir le risque à la fin d'avoir des problèmes auditifs. (B.L. Chef du personnel dans une entreprise de BTP à Dakar)

Source : PSOBD (2010)

Le niveau de bruit autorisé sans protection dans la plupart des pays se situe entre 85-90 db sur une journée de travail de huit heures²²¹. A partir de 120 db, le bruit peut être très douloureux et causer des lésions irréversibles du système auditif (Roulet, 2004). Ainsi, l'exposition régulière à des sons forts et réguliers peut contribuer à la perte de l'ouïe. Or la perte auditive est très grave pour un ouvrier car elle peut être à l'origine d'accidents graves, voire mortels, à cause du dysfonctionnement qu'elle peut causer en matière de communication au travail.

-Les dermatoses professionnelles ou dermites : ce sont des affections cutanées causées au contact du ciment, des produits chimiques ou sous l'effet du travail (Frimat, 2002). Les dermatoses touchent presque toutes les parties visibles du corps (mains, avant-bras, pieds, visage, tronc, genoux) et peuvent créer de graves complications pour les ouvriers.

La dermite la plus fréquente chez les ouvriers est celle provoquée par le ciment. Celle-ci se présente sous deux formes : la dermite toxique de contact (irritation locale de la peau en contact avec le ciment humide à cause de l'alcalinité présent dans le ciment) et la dermite allergique de contact (réaction allergique généralisée à l'exposition au chrome soluble présent dans le ciment). Certaines dermatoses causées par le ciment peuvent causer de graves brûlures, voire une invalidité, à cause de la présence de chrome hexavalent (Cr 6+), du cobalt et du Nickel parmi les composants du ciment (Crépy, 2001).

²²¹ L'intensité du bruit se mesure en décibel (db) et selon les spécialistes, l'être humain est capable d'entendre et de supporter un bruit se situant au minimum entre 10-20 db (le murmure) et au maximum 130 db (bruit d'un réacteur d'avion au décollage).

Par ailleurs, les produits chimiques (solvants, détergents, huiles de décoffrage) sont à l'origine de dermatoses (eczémas) aigües ou chroniques pouvant avoir des effets néfastes sur la santé des travailleurs.

D'autres types de dermites (dermites d'usure) sont observés chez les maçons. Il s'agit d'irritations causées par la manipulation de parpaings, les effets du froid, le port de bottes et de gants de sécurité.

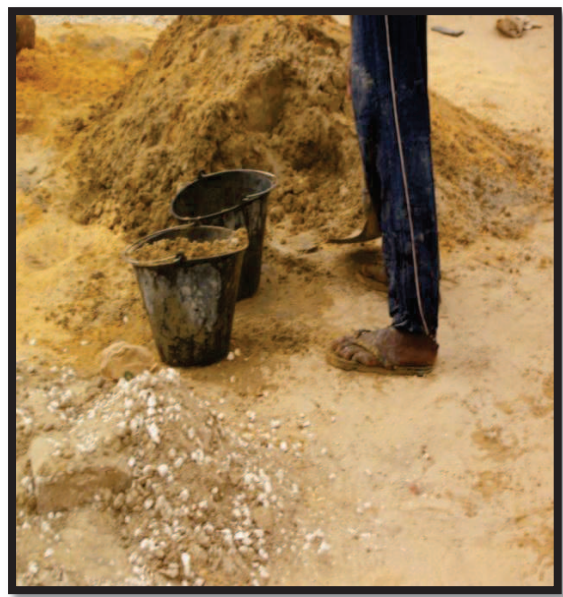
En dépit de toute la dangerosité du ciment et de certains produits chimiques utilisés pour la construction, les ouvriers du bâtiment ne se protègent presque pas. Ils manipulent le ciment parfois à main nue, sans gants, ni chaussures de protection, ou masques.

Photo 15 : Maçons mélangeant du ciment à Dakar (Keur Massar)



Source : Diallo, PSODB (2010)

Photo 16 : Maçon à pieds nus à Dakar (Mbao)



Source : Diallo, PSODB (2010)

Sur les images ci-dessus on peut voir que les ouvriers maçons ne portent pas d'équipements de protection (tenues, chaussures de sécurité, gants, masques, lunettes). Au contraire, ils sont habillés de façon légère (*t-shirt*) avec des sandales (photos 16), des casquettes ou des coiffures faites de sac de ciment (photo 15). De même, on peut observer qu'ils manipulent le ciment à l'air libre et de très près. Ainsi, le risque de dermatoses ou de maladies pulmonaires reste élevé dans les chantiers du bâtiment avec les produits du ciment.

En somme, le bâtiment est un métier à risque avec la présence de nombreuses maladies professionnelles qui peuvent porter atteinte à la santé du travailleur et influencer la productivité de l'entreprise.

Au Sénégal, les maladies du ciment, les affections respiratoires et les dermatoses sont reconnues comme des maladies professionnelles²²². Elles sont prises en charge par la Caisse de Sécurité Sociale après diagnostic d'un médecin et sous réserve de l'inscription dans le tableau des maladies professionnelles²²³.

Au total, les accidents de travail et les maladies professionnelles sont fréquents dans le bâtiment. Ils sont à l'origine d'incapacité physique (temporaire, partielle, permanente, définitive) ou de décès. En cas d'incapacité, le travailleur a droit à une prise en charge médicale, une réparation des dommages et des préjudices. Le taux d'incapacité varie selon le corps de métier et le constat « est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime, ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle²²⁴ ». La réparation est à la charge de la CSS qui prend en charge les frais de santé (100% des frais nécessités par les soins médicaux, l'hospitalisation, les frais pharmaceutiques, la rééducation, une éventuelle prothèse), verse une indemnité journalière²²⁵ ou une rente²²⁶ à la victime ou aux ayant droits (conjoint-es-, enfants, ascendants)²²⁷.

Les réparations financières des risques au travail peuvent avoir un intérêt pour les membres de la famille de l'ouvrier en ce qu'elles vont permettre de disposer d'un revenu pour le ménage. De ce fait, l'affiliation à la sécurité sociale est un moyen pour l'ouvrier de disposer de revenus en cas de cessation temporaire d'activité due à un accident ou à une maladie professionnelle. Ces revenus permettront de diminuer les difficultés économiques et réduire la précarité dans les ménages.

²²² Actuellement, il existe plusieurs dizaines de maladies d'origine professionnelle ou à caractère professionnel répertoriées dans un grand tableau comprenant soixante-sept petits tableaux.

²²³ Toutefois, certaines maladies professionnelles comme l'asbestose tardent parfois à se manifester et peuvent apparaître plusieurs années après la cessation d'activité, ce qui pose le problème de la prise en charge après l'arrêt ou la cessation du métier.

²²⁴ Article 85 du Code de la sécurité sociale du Sénégal.

²²⁵ L'indemnité journalière est égale à la moitié du salaire journalier pendant les 28 premiers jours de l'arrêt de travail et aux 2/3 de ce salaire à partir du 29ème jour de l'arrêt de travail jusqu'à la guérison ou la consolidation.

²²⁶ La rente est payée trimestriellement mais elle peut être payée par mois sur une demande de la victime et si le taux d'incapacité permanente est égal à 75% ou 100%.

²²⁷ Articles 80 à 91 du Code de la sécurité sociale du Sénégal.

VII-2-La sécurité dans les entreprises de construction à Dakar : entre risques et prévoyance

La sécurité au travail est un aspect essentiel dans toutes les entreprises qui présentent un degré plus ou moins élevé de risques d'accidents ou de maladies professionnelles. La prise en compte du facteur sécurité permet aux acteurs professionnels d'éviter ou d'éliminer les dangers dans leur activité. Toutefois, la sécurité doit être l'affaire de tous car l'appropriation exclusive par l'une des parties (patrons ou salariés) peut conduire à des effets pervers, avec notamment un désintéressement de l'autre partie (souvent les salariés) et la multiplication de comportement à risques (Jounin, 2006), créant ainsi un dysfonctionnement de toute la stratégie sécuritaire.

Au Sénégal, les pouvoirs publics, suite à des nombreux accidents dans le secteur de la construction (BTP) et conscients des risques qui pèsent sur les travailleurs, ont décidé de réglementer le secteur à nouveau dans les années 2000. Cette réglementation concerne principalement deux domaines : les contrats avec les entreprises du bâtiment²²⁸ et la sécurité dans le domaine de la construction²²⁹. La première réglementation tente d'agir en amont en intervenant dans le choix des entreprises devant exécuter les travaux tandis que la seconde se veut plus générale et porte sur l'ensemble du secteur à travers les codes de la construction et de l'urbanisme. Ces deux mesures sont très importantes dans la mesure où pour la première fois depuis très longtemps, l'État tente d'organiser et de réglementer un secteur souvent considéré comme anarchique (Guèye M. , 2002). Cependant, si ces lois ont le mérite d'organiser et d'assainir le secteur, il faut dire que l'habitat reste précaire (Konté, 2003) et la sécurité des travailleurs n'est pas souvent évoquée par ces textes.

Pour protéger les professionnels du bâtiment, le législateur a introduit un certain nombre de lois dans le code du travail qui impose à l'employeur d'organiser, de contrôler et de veiller à la sécurité, à l'hygiène et à la santé des travailleurs dans les entreprises, quels que soient leur taille, leurs domaines d'activité ou leurs statuts²³⁰. La non prise en compte des risques sécuritaires et sanitaires induit la responsabilité de l'employeur et l'expose à des sanctions administratives, financières ou pénales.

²²⁸ Loi n°2004-13 du 1er mars 2004 relative aux contrats de construction-exploitation- transfert d'infrastructures (CET) au Sénégal et Loi n° 2008-43 du 20 août 2008 portant Code de l'Urbanisme

²²⁹ Loi n°12/2009 du 17 juin 2009 portant code de la Construction au Sénégal.

²³⁰ Art. L 185 (CHSCT), Art. L 186 (médecine du travail) de la Loi n°97-17 du 1^{er} décembre 1997 portant Code du travail du Sénégal.

VII-2-1-Les mesures sécuritaires et les comportements des ouvriers

L'industrie du bâtiment est un secteur dans lequel les travailleurs sont fortement exposés à des risques et dangers qui menacent leur santé et leur vie. De ce fait, ils doivent être protégés grâce à des politiques et de mesures sécuritaires afin de leur permettre d'exercer leur activité avec moins de risque et plus de sécurité.

Les Equipements de Protection Individuelle (EIP) : disponibilité et utilisation

Les équipements de protection individuelle sont composés de gants, de tenues, de chaussures de sécurité, de casques, de lunettes, de gilets, de bouchons d'oreilles, de casques anti bruit, de lunettes et de masques. Ces différents outils doivent être mis à la disposition de l'ouvrier qui a l'obligation de les porter pendant l'exercice de son activité. En effet, selon la loi, les EIP sont obligatoirement achetés par le chef d'entreprise et mis à la disposition des ouvriers au niveau des ateliers et des chantiers de travail car l'employeur est le premier responsable de la sécurité des travailleurs dans l'entreprise²³¹. Il est tenu impérativement d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs et de ce fait doit élaborer une stratégie de sécurité et la mettre en pratique avec la collaboration des salariés, des représentants du personnel ou des services, de personnes physiques ou morales extérieures (sapeurs-pompiers).

Dans ce cadre, il peut créer un service ou un département sécuritaire ou mettre sur pied un Comité d'Hygiène, de Sécurité et de Santé au travail (CHSCT)²³² et une médecine du travail²³³. Dans sa mission, le chef d'entreprise doit veiller à ce que les lieux de travail, les machines, les matériels, les substances et les procédés de travail placés sous son contrôle ne présentent pas de risque pour la santé et la sécurité des travailleurs²³⁴, prendre des mesures de protection individuelle et collective contre les risques professionnels, surveiller l'état de santé des travailleurs, informer l'inspecteur du travail sur les mesures de sécurité prises, former et informer les travailleurs sur tous les risques professionnels existant sur les lieux de travail.

²³¹ Décret n°2006-1256 du 15 novembre 2006 fixant les obligations des employeurs en matière de Sécurité au Travail au Sénégal.

²³² Décret n° 94-244 du 7 mars 1994 fixant les modalités d'organisation et de fonctionnement des comités d'hygiène et de sécurité du travail au Sénégal.

²³³ Décret n° 2006-1258 du 15 novembre 2006 fixant les missions et les règles d'organisation et de fonctionnement des services de Médecine du Travail au Sénégal.

²³⁴ Art L. 171 du nouveau code travail du Sénégal (1997).

En application de la réglementation, l'employeur doit donc imposer le port d'équipements de protection individuelle (IEP) et mettre en place un système de protection collective efficace.

Dans certaines entreprises visitées, la mesure concernant le port d'IEP est bien définie²³⁵ et son application est stricte comme l'affirme ce délégué du personnel et ouvrier au CDE.

Le port de casque est obligatoire dans les chantiers. Les chaussures de sécurité et les gants sont également obligatoires. Il y a certes des fois quelques négligences, mais il existe des agents de sécurité qui sont embauchés dans chaque chantier et ceux-là ont comme vocation de veiller au port obligatoire des équipements de sécurité (M. P. Ouvrier et délégué syndical au CDE)

Source : PSOBD (2010)

La dérogation à la loi en matière de d'hygiène et de sécurité au travail expose l'employeur à des sanctions administratives (mise en demeure, fermeture de l'établissement), financières (amendes) et pénales (emprisonnement).

En ce qui concerne la disponibilité d'EIP, celle-ci varie selon le type d'entreprise, le corps de métier et le statut de l'ouvrier.

Tableau 16 : Répartition de l'échantillon selon le statut de l'ouvrier et la disponibilité d'équipement de protection individuelle²³⁶

Disposez-vous de matériel de protection individuel dans votre lieu de travail?			Dans quelle sous-catégorie êtes-vous classé?		TOTAL
			Manœuvres	Ouvriers qualifiés	
Oui	Statut	Prestataire de services	16%	53%	69%
		Employé	4%	14%	18%
		Autre	4%	9%	13%
		TOTAL	24%	76%	100%
Non	Statut	Prestataire de services	17%	54%	71%
		Employé	5%	12%	17%
		Autre	4%	9%	13%
		TOTAL	25%	75%	100%

Source : PSOBD (2010)

²³⁵ Le Consortium d'entreprise (CDE) a mis en place un Plan Particulier de Sécurité et de Protection de la Santé (PPSPS) pour prévenir les risques dans les activités de chantiers.

²³⁶ Tableau construit sur un échantillon de 502 individus; les pourcentages sont en total.

Dans l'échantillon, plus de la moitié (53%) des ouvriers qui disposent de matériel de protection sont des ouvriers qualifiés exerçant comme prestataires de services. Par contre, le pourcentage chez les manœuvres est assez faible ainsi que dans la catégorie d'employés (environ 4%) que de prestataires de services (16%)²³⁷.

A la lecture de ces données, on peut se poser la question de savoir si le matériel de sécurité est réservé à une catégorie précise de travailleurs.

L'analyse du tableau 17 suivant montre qu'il n'y a pas une grande discrimination entre prestataire de services et employés et entre ouvriers qualifiés et manœuvres en termes d'équipement. En effet, 69% des ouvriers qualifiés disposant d'EIP sont des prestataires de services contre 66% pour les manœuvres. De même, environ 16% de des manœuvres employés ont des EIP contre 19% des ouvriers. Ainsi, les différences tournent autour de 3 points, ce qui peut être négligeable.

Tableau 17 : Répartition selon le statut de l'ouvrier et la disponibilité d'EIP²³⁸

Disposez-vous de matériel de protection individuel dans votre lieu de travail?		Dans quelle sous-catégorie êtes-vous classé?		TOTAL
		Manœuvres	Ouvriers qualifiés	
Oui	Statut Prestataire de services	66%	69%	69%
	Employé	16%	19%	18%
	Autre	18%	12%	13%
	TOTAL	100%	100%	100%
Non	Statut Prestataire de services	68%	72%	71%
	Employé	18%	16%	17%
	Autre	14%	12%	13%
	TOTAL	100%	100%	100%

Source : PSOBD (2010)

²³⁷ Les résultats sont très significatifs puisque les résultats des tests de Khi-deux donnent : Chi2=11,376 ; ddl= 8 ; 1-p = 99% et Chi2=5,691 ; ddl= 8 ; 1-p = 99%. (Voir tableau 73 en annexe II-3).

²³⁸ Tableau construit sur un échantillon de 502 individus; les pourcentages sont en colonne.

Par ailleurs, il n'y a aucune relation entre la durée d'activité et la disponibilité d'EIP²³⁹ encore moins entre l'ancienneté et l'utilisation d'équipement de protection²⁴⁰.

L'absence ou le manque d'EIP peut s'expliquer d'une part par le fait que les chefs d'entreprises n'achètent pas le matériel de protection pour tous les ouvriers et par l'absence de contraintes de la part des pouvoirs publics d'autre part.

En ce qui concerne, le non achat de matériel de protection, les entreprises reconnaissent leurs responsabilités et se justifient par la cherté des produits.

Il n'y pas suffisamment de matériel de protection individuelle. Il arrive souvent que le matériel existant se gâte, on le jette et le temps de renouvellement est très long, ce qui fait qu'on reste parfois des mois entiers et même des années sans qu'on ne renouvelle ces équipements de protection. De temps en temps, on fait des réclamations et l'entreprise en achète et en cas d'usure seul Dieu sait quand est ce qu'on va acheter de nouveau. Lorsqu'on a un nouveau projet (marché), l'employeur en profite pour acheter un peu d'équipement ou les gens de l'inspection du travail font une nouvelle descente pour les sermonner et automatiquement, l'employeur réagit en achetant du matériel de protection individuelle.

(B. G. Ouvrier accidenté de trajet travaillant dans une entreprise de BTP à Dakar)

Source : PSOBD (2010)

Quand on doit pourvoir du matériel à tous les agents, il faut dire que cela coûte un peu cher. Ce qui fait qu'au niveau de notre entreprise on ne respecte pas trop ces dimensions-là. C'est vrai qu'on fait des efforts tout dernièrement même si la fourniture d'équipements de protection n'est pas entièrement effectuée. (B.L. chef du personnel dans une entreprise de BTP à Dakar)

Source : PSOBD (2010)

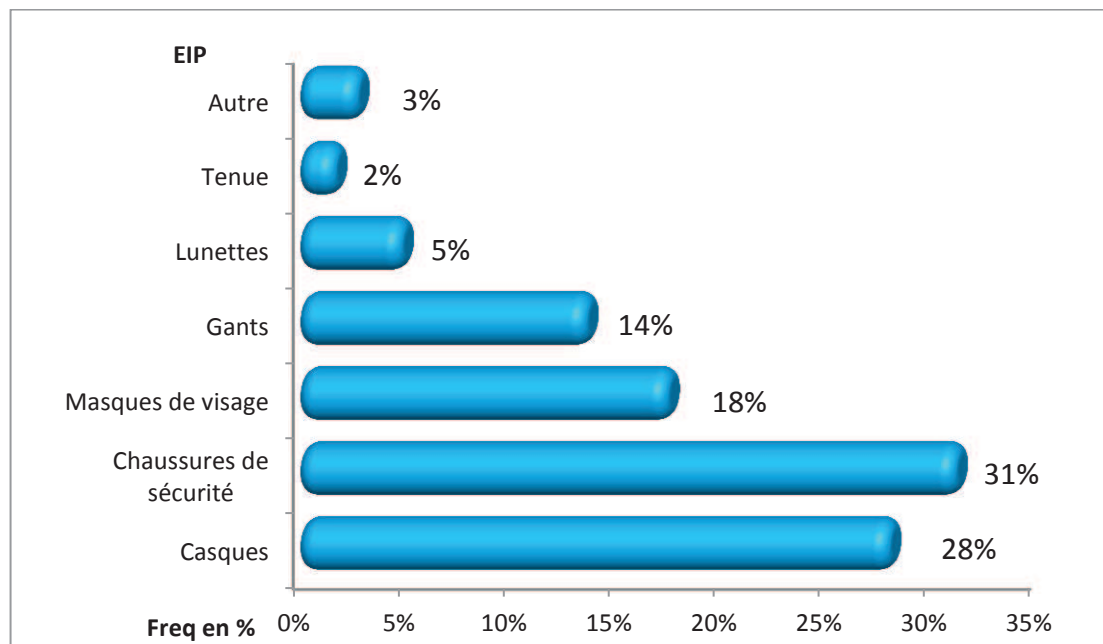
Les propos de ces deux personnes révèlent bien le rôle des chefs d'entreprises en ce qui concerne l'insécurité dans l'emploi. Cependant, ils ne peuvent déresponsabiliser l'entreprise car la sécurité au travail est sous la responsabilité de l'employeur, quels que soit le domaine d'activité, la taille de l'entreprise ou son chiffre d'affaires.

²³⁹ Le coefficient de Pearson indique une absence de corrélation : $r=0,014$; $p<0,753$. Voir tableau 115 en annexe II-3.

²⁴⁰ Le coefficient de Pearson indique une absence de corrélation : $r=-0,002$; $p<0,971$. Voir tableau 115 en annexe II-3.

Par ailleurs, en ce qui concerne le type d'EIP disponible, l'enquête révèle que les ouvriers utilisent le plus souvent des matériels pour protéger la tête, les pieds et les mains. Toutefois, le port d'une combinaison de travail ou de casque n'est pas très effectif au niveau des chantiers comme le montre le diagramme en barres suivant.

Graphique 25 : Répartition de l'échantillon selon le type d'EIP²⁴¹



Source : PSOBD (2010)

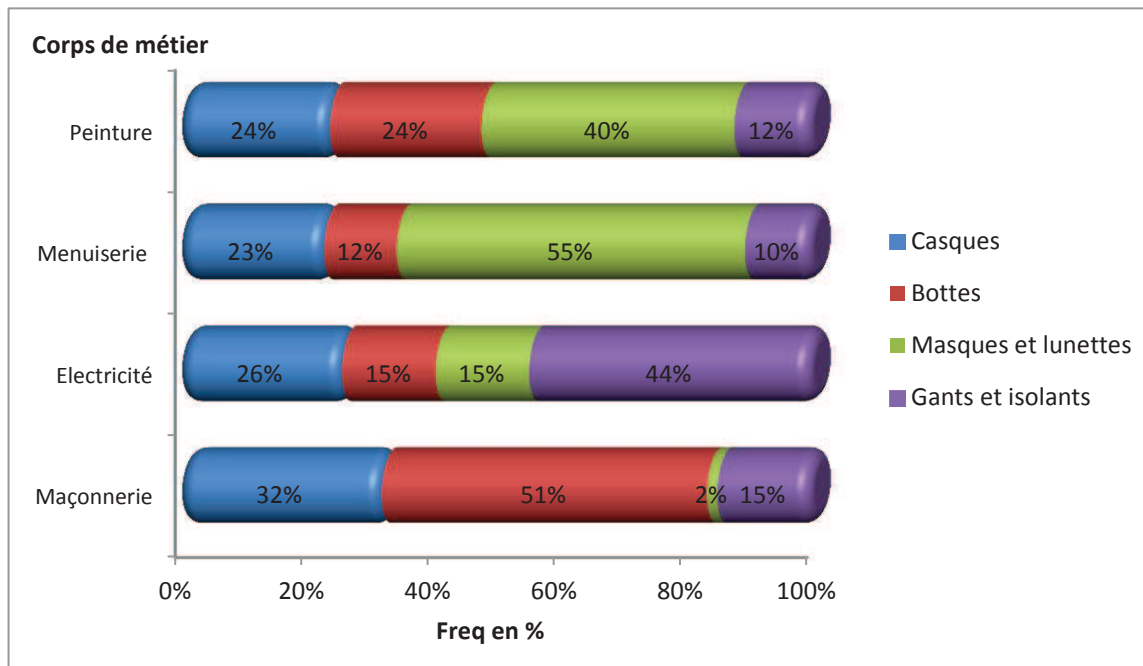
A ce niveau, il est intéressant de s'intéresser à l'usage d'EIP selon le corps de métier. Car les besoins en termes d'EIP peuvent être différents selon les risques qu'on peut trouver dans les divers métiers. On peut supposer que les maçons sont plus concernés par les EIP protégeant les mains et les pieds, tandis que les peintres vont privilégier les outils qui préservent la peau.

Les données de l'enquête révèlent que la moitié des maçons (51%) utilise des chaussures de sécurité pour se protéger contre seulement 12% des menuisiers et 15% des électriciens. De même, les masques et les lunettes sont utilisés en majorité (55%) par les menuisiers en bois et métallique et les peintres (40%).

²⁴¹ Le graphique est construit sur un échantillon de 288 individus soit le nombre d'ouvriers qui dispose d'EIP.

En revanche, les outils de protection des mains (gants, isolants) se retrouvent majoritairement chez les électriciens (44%) et dans une moindre mesure chez les maçons (15%), les peintres (12%) et les menuisiers (10%)²⁴².

Graphique 26 : Type d'EIP selon le corps de métier²⁴³



Source : PSOBD (2010)

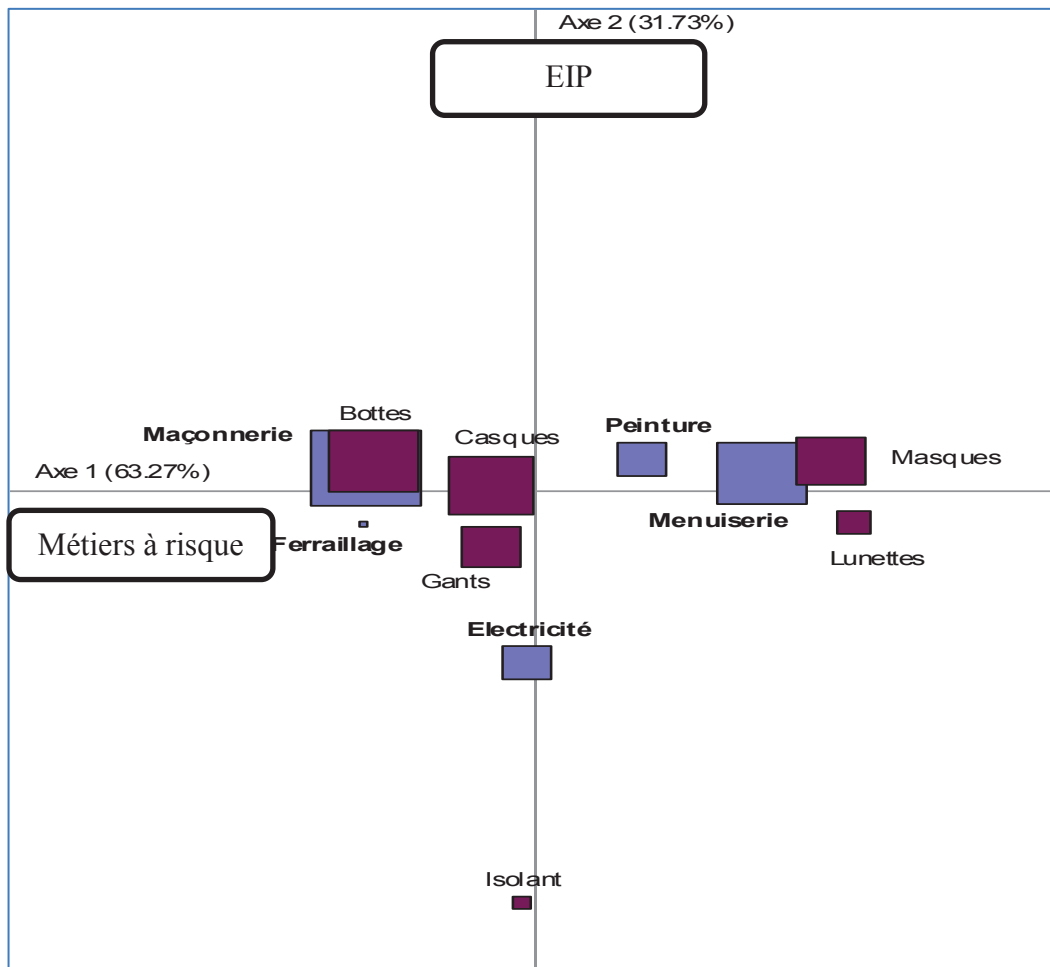
La lecture du graphique 26 permet de voir qu'il y'a une relation entre le type d'EIP et le métier de l'ouvrier. En effet, on observe que l'usage d'EIP est fonction de la spécificité de chaque activité. Autrement dit, selon la partie du corps qui est la plus exposée au risque d'atteinte physique, l'ouvrier privilégie un EIP particulier. Par exemple, les maçons protègent les pieds contre le ciment, la tête contre les chutes d'objets et les gants pour préserver les mains. En revanche, les menuisiers évitent la poussière et les débris du bois ou les menuisiers métalliques la forte luminosité.

Ces relations sont nettement plus visibles à travers la carte factorielle suivante qui montre les liens entre les deux variables.

²⁴² La dépendance est très significative. $\chi^2 = 106,72$, ddl = 9, 1-p = >99,99%.

²⁴³ Graphique construit sur un échantillon de 253 individus; les pourcentages sont en ligne.

Graphique 27 : Carte factorielle corps de métier et EIP²⁴⁴



Source : PSOBD (2010)

Les données du précédent graphique sont confirmées par la carte factorielle (graphique 27)²⁴⁵ qui indique que les gants sont utilisés par les électriciens et les ferrailleurs, alors que les chaussures de sécurité et les outils de protection du visage (masques et lunettes) sont respectivement utilisés par les maçons et les menuisiers²⁴⁶.

A ce niveau, il faut rappeler que ces outils (combinaisons, chaussures, casques) sont souvent achetés par l'employeur dans les grandes entreprises modernes. Par contre, dans certaines entreprises familiales et chez de nombreux ouvriers indépendants exerçant dans l'informel, ces équipements font défaut.

²⁴⁴ La carte montre les positions des 2 modalités. Environ 95% de la variance (inertie) est expliquée par les deux axes représentés (l'axe 1 explique 63,27% et l'axe 2 est égal à 31,73%). Le graphique est construit sur un échantillon de 252 individus. Les non-réponses ont été ignorées.

²⁴⁵ Voir graphique 27.

²⁴⁶ La dépendance est très significative. Chi2 = 140,93, ddl = 20, 1-p = >99,99.

Dans ce contexte les questions qui se posent sont : pourquoi les ouvriers du bâtiment manquent-ils de matériel de protection ? Qui doit acheter ce matériel ? Doit-il en manquer ? Y-a-t-il un refus de protection chez certains ouvriers ? Si oui, comment expliquer ce refus ?

D'abord, pour ce qui concerne le non usage d'EIP, certains ouvriers enquêtés évoquent souvent certains facteurs comme : la pénibilité et le bien-être au travail comme le racontent les deux acteurs professionnels dans les extraits d'entretiens suivants.

Le port des équipements de protection est obligatoire de fait, mais dans la réalité, il y a des ouvriers qui vous disent porter un casque sous 42 degré fait très chaud. Ils rechignent à porter les casques. Le ferrailleur vous dira : « les gants m'empêchent de bien manipuler les tenailles et les pinces ». Ils prétextent ne pouvoir manipuler ces éléments là qu'à mains nues. (B.L. chef du personnel dans une entreprise de BTP)

Dans notre métier on ne porte pas de casque parce que souvent on est en position courbée sur la machine et parfois les casques tombent. Donc si un casque tombe sur la machine, cela peut poser des dégâts et blesser l'ouvrier. On porte parfois des masques et des verres. Mais avec les verres c'est un peu dangereux aussi car si un débris ou de la poussière entre dans les verres et que l'ouvrier tente de nettoyer, il peut se créer un accident si l'ouvrier était en train de scier un bois car il ne verrait pas bien le bois sur la machine. Et ce n'est pas aussi prudent de nettoyer les verres avec une main et tenir le bois sur la machine avec l'autre main. C'est pour cela qu'on évite de porter les verres. (S. D. ouvrier accidenté de travail au niveau de l'atelier dans une entreprise spécialisée en habitat préfabriqué à Dakar).

Tu peux interpellier un ouvrier qui ne porte pas de casque et tu lui demandes pourquoi il ne porte pas son casque, il te répond qu'il fait très chaud s'il porte le casque il aura plus chaud et tu lui demandes et *quid* des chaussures il te répond la même chose et parfois ajoute que pour qu'il soit plus productif, il préfère ne pas porter de casques ou de gants. (M.V. Responsable hygiène et sécurité dans une entreprise de BTP)

Source : PSOBD (2010)

Il ressort de ces propos, un phénomène très particulier dans le secteur du BTP qui est celui de la pénibilité. En effet, le BTP est un métier où les ouvriers travaillent dans des conditions physiques (manutention, port de charges, postures) et environnementales (chaleur, bruits, intempéries, produits toxiques) très pénibles avec des risques sur leur santé et leur vie.

En France, des études sur la pénibilité au travail dans le BTP commandées par les autorités (Struillou, 2003) ou par les syndicats (Goudard & Malaquin, 2009) montrent une forte exposition aux risques pathologiques et aux dangers avec des accidents de travail en recrudescence, toujours fréquents et graves, une inégalité d'espérance de vie (Cambois & al., 2008) et une gestion sociale de la pénibilité peu encadrée.

Au Sénégal, il n'existe pas d'études sérieuses sur la pénibilité au travail, mais le métier du bâtiment est connu pour être un emploi dur qui peut avoir des incidences sur la santé physique et sur la vie des ouvriers. La pénibilité du métier est particulièrement due aux conditions de travail et à l'exposition à des risques au travail.

Cependant, celle-ci est parfois renforcée dans certaines activités par le port d'EIP comme des combinaisons lourdes, des casques, de bottes ou de gants non adaptés qui augmentent la souffrance et la sensation de mal être, réduit la productivité et la performance des ouvriers sans pourtant garantir une sécurité optimale (Jounin, 2009). Cela pose d'ailleurs la question de l'adaptabilité des EIP dans les pays à très forte chaleur.

Dans nos entretiens certains ouvriers soulignent l'inadaptabilité des outils de protection dans de corps de métier comme la menuiserie. Les EIP seraient responsables d'accidents car l'ouvrier n'arrive pas à travailler en sécurité en portant certains équipements.

Dans notre métier on ne porte pas de casques parce que souvent on est en position courbé sur la machine et parfois les casques tombent. Donc, si un casque tombe sur la machine, cela peut poser des dégâts et blesser l'ouvrier. On porte parfois des masques et des verres, mais avec les verres c'est un peu dangereux aussi car si un débris ou de la poussière entre dans les verres et que l'ouvrier tente de nettoyer, il peut se créer un accident car il ne verrait pas bien le bois sur la machine. Ce n'est pas aussi prudent de nettoyer les verres avec une main et tenir le bois sur la machine avec l'autre main. C'est pour cela qu'on évite de porter les verres. (S. D. ouvrier accidenté de travail au niveau de l'atelier dans une entreprise de BTP à Dakar).

Ensuite, pour mieux comprendre la faible utilisation des EIP, il est nécessaire d'analyser l'emploi dans le bâtiment (caractéristiques, acteurs, logiques d'actions, motivations). Sur ce point, l'observation de l'environnement de travail des ouvriers et l'échange avec les acteurs (cadres, chefs d'entreprises, ouvriers, délégués) ont permis de révéler la nature de l'emploi qui demeure caractérisé par une précarité manifeste, aussi bien en ce qui concerne la rémunération que les moyens de travail.

Cette précarité de l'emploi résulte de la combinaison de plusieurs facteurs comme le mode d'acquisition des marchés, la sous-traitance, la qualité des entrepreneurs et leur motivation. La conséquence est que seule la moitié des ouvriers dispose d'EIP. Néanmoins, 96% de ceux qui ont reçu un équipement affirment les utiliser régulièrement dans leurs activités²⁴⁷ et 87% de ceux qui ne détiennent pas d'EIP fourni par l'entreprise ne portent pas du tout d'EIP²⁴⁸. Autrement dit, l'utilisation d'EIP est très fortement liée²⁴⁹ à sa disponibilité au sein de l'entreprise²⁵⁰.

Ces résultats suggèrent une analyse approfondie sur l'utilisation des équipements de protection au travail. La mise en relation de certaines variables socio démographique comme celles portant sur les études (type d'études, niveau), l'ethnie, l'âge, la situation matrimoniale, permettrait d'avoir des informations sur les ouvriers qui utilisent les EIP. A ce niveau, les données de l'enquête montrent qu'il n'y a pas de relation entre le type d'études²⁵¹ (enseignement en français, alphabétisation en langue nationale, enseignement coranique) ou le niveau d'études²⁵² avec l'utilisation des EIP. De même, le statut matrimonial (marié, célibataire, divorcé)²⁵³ et l'âge n'influent pas du tout l'usage des EIP²⁵⁴.

²⁴⁷ La corrélation est de $r = 0,955$, $p < 0,001$. (Voir tableau 74 en annexe II-3).

²⁴⁸ Les tests de Khi-deux donnent $\chi^2 = 128,189$; ddl=1; $1-p > 99,99$ (Voir tableau 112 en annexe II-3) et la corrélation de Pearson indique $r = 0,650$, $p < 0,001$. (Voir tableau 114 en annexe II-3).

²⁴⁹ La valeur de R-deux qui indique la proportion de la variabilité de la variable dépendante (y) expliquée par le modèle de régression est de 0,912. Ce qui signifie que la disponibilité d'EIP peut expliquer à 91% son utilisation par les ouvriers. (Voir tableau 77 en annexe II-3).

²⁵⁰ Les résultats du test d'analyse de la variance (ANOVA) indiquent que la valeur de F est très élevée (5384, 331) et significative à 99,99 %. De même, l'indice « R » est égal à 0,955 et $p < 0,001$. Ce qui correspond à une corrélation positive et très fortement significative. Aussi, les valeurs de la droite de régression indique : l'utilisation EIP = 0,95 X (Disponibilité EIP) + 0,049. (Tableau 77 en annexe II-3).

²⁵¹ Les tests de Khi-deux donnent le résultat suivant : $\chi^2 = 2,619$; ddl=3; $1-p = 54,6\%$ (Voir tableau 119 en annexe II-3).

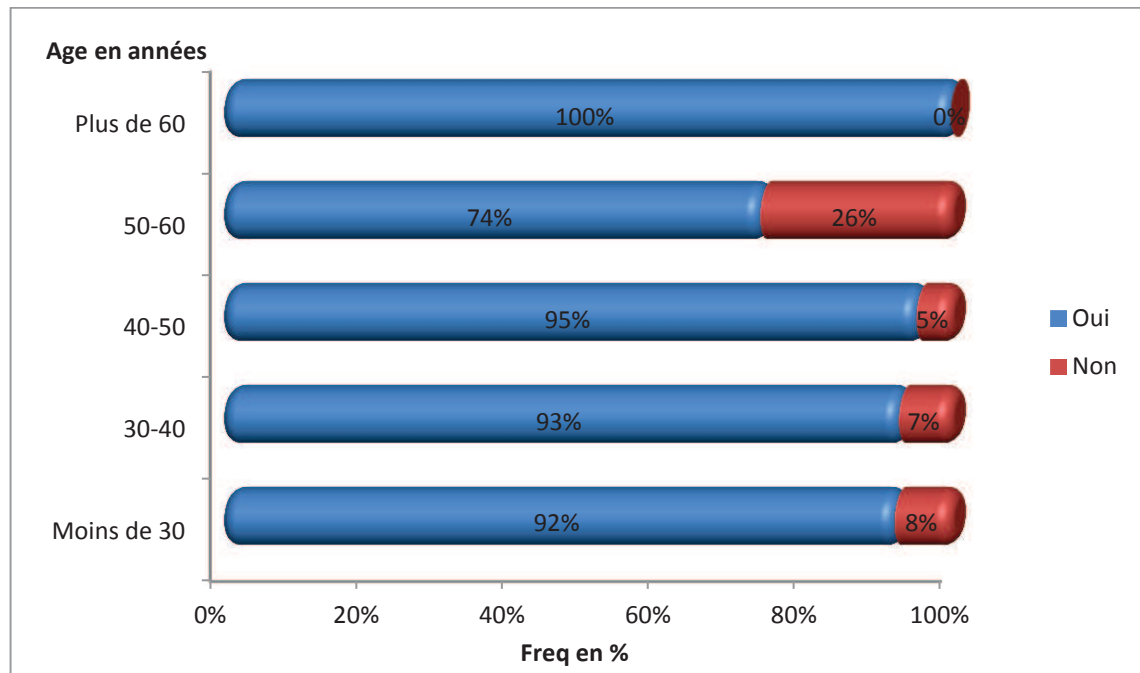
²⁵² Les tests de Khi-deux donnent le résultat suivant : $\chi^2 = 0,980$; ddl=2; $1-p = 38,80\%$ (Voir tableau 111 en annexe II-3).

²⁵³ Les tests de Khi-deux donnent le résultat suivant : $\chi^2 = 0,39$; ddl=2; $1-p = 17,68\%$.

²⁵⁴ La corrélation de Pearson indique : $r = -0,020$, $p = 0,727$

A ce niveau, les données renseignent que l'utilisation d'EIP lorsqu'il est fourni varie peu par rapport à l'âge de l'ouvrier. Dans toutes les tranches d'âge, (exceptés les 50-54 ans avec 74%), les taux d'utilisation dépassent 90%²⁵⁵ comme on peut le voir dans le graphique suivant.

Graphique 28 : Répartition de l'échantillon selon l'âge et l'utilisation de l'EIP²⁵⁶



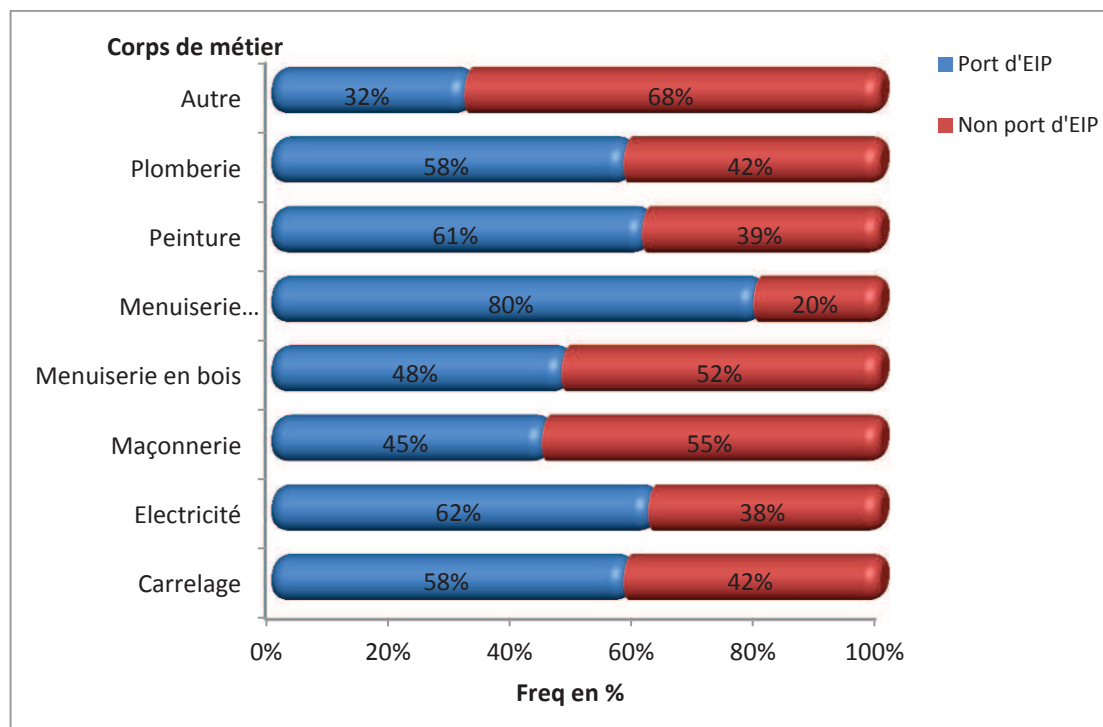
Source : PSOBD (2010)

Toutefois, le port d'équipements peut varier selon le type d'entreprise (familiale, publique, privée), la cible (ouvriers professionnels, manœuvres, chefs de chantiers, contrôleurs), le corps de métier, le degré de risques.

²⁵⁵ La dépendance est significative. $\chi^2 = 11,42$, ddl = 4, 1-p = 97,78%.

²⁵⁶ Graphique construit sur un échantillon de 303 individus ; les pourcentages sont en colonne.

Graphique 29 : Utilisation des EIP selon la profession²⁵⁷



Source : PSOBD (2010)

Le graphique ci-dessus, indique pratiquement qu'à l'exception des maçons (45%) et les menuisiers en bois (48%) et quelques métiers comme les vitriers ou les décorateurs le taux d'utilisation d'EIP est presque supérieur à 60%²⁵⁸. Toutefois, il faut signaler que l'utilisation des EIP n'est pas toujours fonction du degré de risques. Car, 80% des menuisiers métalliques utilisent une protection contre 60% des électriciens et 45% des maçons. Les menuisiers ne sont pas forcément les plus à risques puisque chaque activité contient ses risques spécifiques plus ou moins mortels ou invalidants.

En somme, de façon globale, les ouvriers qui disposent d'équipements les utilisent dans leurs activités. Les quelques ouvriers qui passent outre la réglementation en la matière soit, ne disposent pas d'équipements ou bien, il n'existe pas de contraintes de port d'EIP dans leur entreprise.

²⁵⁷ Graphique construit sur un échantillon de 303 individus; les pourcentages sont en ligne.

²⁵⁸ Les tests de Khi-deux donnent le résultat suivant : $\chi^2 = 31,306$; ddl=7; $1-p > 99,99\%$ (Voir tableau 78 en annexe II-3). Cependant, les tests de corrélation de Pearson indique : $r = 0,049$; $p < 0,075$. Ce qui signifie qu'il n'y a pas de corrélation entre les deux variables sur l'intervalle $0,001 < p < 0,005$. (Voir tableau 79 en annexe II-3).

A ce niveau, il faut dire que la responsabilité de l'employeur est la première engagée puisqu'il est le principal garant de la sécurité des employés. D'ailleurs, les textes sont très explicites en la matière. En effet, selon la loi (Code du travail et convention collective interprofessionnelle) le port d'EIP doit être vérifié, contrôlé par le chef d'entreprise ou son représentant.

« L'employeur est tenu de contrôler régulièrement le respect des normes réglementaires de sécurité et d'hygiène, et de faire procéder périodiquement aux mesures, analyses et évaluations des conditions d'ambiances et, le cas échéant, entreprendre des mesures de protection collective ou individuelle afin de prévenir les atteintes à la sécurité et à la santé des travailleurs. (Article L.179 du nouveau code de travail du Sénégal de 1997) ».

Le contrôle doit être périodique et fait par une personne qualifiée en la matière pour pouvoir déceler et corriger les dysfonctionnements des matériels de protection mais aussi veiller à la sécurité des travailleurs (Fombeno, 2009).

Dans certaines entreprises du BTP comme la SAGEF SA, la SOTRAGEN ou le CDE, des agents sont désignés par la direction pour contrôler le port des équipements de protection.

Il y a des personnes chargées de veiller au respect de cette mesure. Par exemple, moi-même en tant que chef du personnel je fais le tour de l'usine deux fois par jour et n'hésite pas à réprimander ceux qui ne portent pas ces équipements de protection parce que si l'entreprise fait un effort pour acheter ces équipements, il faut nécessairement que les ouvriers fassent un effort pour les porter. En cas de réticence, l'ouvrier risque les sanctions prévues par le règlement intérieur allant de la verbalisation jusqu'à la mise à pied s'il y a récidive. (B.L. chef du personnel dans une entreprise de BTP à Dakar)

Source : PSOBD (2010)

Il existe des agents de sécurité qui sont embauchés dans chaque chantier et ceux-là ont comme vocation de veiller au port obligatoire des équipements de sécurité. (M. P. Ouvrier et délégué syndical au CDE)

Source : PSOBD (2010)

Le contrôle du port d'EIP dans ces entreprises entre souvent dans le cadre d'une politique de sécurité définie, annoncée et intégrée dans les dossiers au moment des concours aux marchés publics. En effet, les entreprises modernes du BTP répondent parfois aux appels d'offres des pouvoirs publics²⁵⁹, d'organismes nationaux ou internationaux qui accordent souvent une importance capitale à la sécurité humaine, à la santé, et à l'environnement. Ainsi, le port d'EIP traduit la volonté de ces entreprises de montrer une bonne image (respect des textes, responsabilité sociale) pour gagner la confiance des pouvoirs publics.

Cependant, vu que la plupart des entreprises dans ce secteur sont de type familial et /ou de taille réduite, le respect des normes en matière de sécurité pose souvent problème parce que ces entreprises n'ont pas les moyens d'acheter des équipements de sécurité ou n'ont pas conscience de leur nécessité. De surcroît, de nombreux travailleurs du bâtiment ignorent la réglementation ou n'ont pas les moyens de s'équiper en matériel de sécurité. Cela a pour conséquence, l'augmentation et la persistance du sentiment d'insécurité dans le BTP.

On pourrait cependant supposer que leur vie étant en jeu, les ouvriers pourraient chercher à se protéger, comme le font d'ailleurs certains d'entre eux mais pas tous. Aussi, une approche axée sur les attitudes, les comportements et la culture des ouvriers est-elle indispensable pour mieux comprendre la relation qu'entretient l'ouvrier avec la notion de sécurité ou de risque.

VII-2-2-L'insécurité dans le bâtiment : perception des risques, comportements et mesures sécuritaires

La sécurité est à la fois un phénomène objectif mais aussi un sentiment, une perception qu'un individu peut avoir de sa personne et de son environnement. Le sentiment de sécurité permet de mesurer, de juger le degré ou le niveau de risque et par conséquent d'adopter une attitude et un comportement par rapport à sa propre sécurité, à l'environnement et aux relations avec les autres. Dans ce cas, l'individu peut soit, considérer que la situation lui convient et donc qu'il n'a pas besoin de se protéger, soit il

²⁵⁹ Au Sénégal, l'entrepreneur qui veut répondre à un appel d'offres doit fournir des « attestations justifiant, dans les conditions fixées par arrêté ministériel, qu'il a satisfait à ses obligations à l'égard de la Caisse de Sécurité sociale, de l'Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES), des services chargés des recouvrements fiscaux et de l'inspection du Travail ». (Article 45 du décret n° 2007 - 545 du 25 avril 2007 portant Code des marchés publics).

peut avoir une perception négative de la situation et décider de se protéger personnellement ou par le moyen d'une police d'assurance.

Dans cette étude, à la question : « vous sentez-vous en sécurité au travail dans vos différents chantiers ? », plus de la moitié des personnes interrogées (60%) affirment se sentir plutôt en insécurité²⁶⁰. Les risques les plus redoutés sont les risques d'accidents de travail et de maladies. Les autres risques, comme le stress, la routine ou la fatigue, ne sont pas considérés comme des facteurs clés dans leurs rapports à la sécurité au travail.

Cette attitude montre bien que la conception du risque et de l'insécurité peut être un facteur explicatif de la protection sociale car une situation de risque peut être perçue différemment par les individus et le recours à des équipements de protection ou à une police d'assurance dépend du sentiment qu'ont les ouvriers de leur situation au travail.

Toutefois, il faut analyser avec précaution le sentiment de sécurité car il peut être parfois diffus parce que les ouvriers se complaisent parfois dans des situations d'insécurité en banalisant le fait ou pour exprimer une sorte de virilité défensive (Molinier, 2000).

Ainsi, il est difficile de voir la frontière entre la sécurité et l'insécurité parce que le sentiment de sécurité est avant tout subjectif et comme tout phénomène subjectif il diffère d'un individu à un autre, d'une situation à une autre. De plus, il ne faut pas négliger l'effet du groupe sur les attitudes et les comportements au travail. De nombreux spécialistes comme Kurt Lewin, Irving Janis (1972), Alain Blanchet et Alain Trognon (1994), Roger Mucchielli (2006) ont montré le pouvoir d'un groupe à modifier les attitudes et les comportements de ses membres en privé ou en milieu professionnel. Ainsi on peut faire l'hypothèse qu'il y a une influence du groupe sur l'individu en ce qui concerne le port d'EIP. Si personne ne fait usage d'un EIP dans les activités ou dans les chantiers, les ouvriers ne vont pas vouloir se singulariser au risque de perturber la cohésion du groupe.

Il faut dire que face aux risques, les ouvriers adoptent des comportements assez paradoxaux. « Sur le chantier, on constate des comportements dangereux, des compétitions périlleuses entre ouvriers, des refus incompréhensibles de respecter les consignes de sécurité » (Molinier, 2/2002, p. 108).

²⁶⁰ Pourcentage obtenu sur un échantillon de 531 individus.

Les données issues de l'enquête montrent qu'ils sont parfaitement au courant des dangers et des risques encourus. En effet, environ 87% des ouvriers affirment être bien informés des risques dans leurs métiers et leurs lieux de travail contre 13% qui ne le sont pas²⁶¹.

Par ailleurs, les données de l'enquête montrent que le sentiment d'insécurité est assez présent chez les ouvriers. Celui-ci dépend de la perception individuelle de l'ouvrier, de son niveau d'études et de la disponibilité d'EIP. L'analyse des résultats montre une relation de dépendance entre ces différentes variables²⁶².

Dans un premier temps, on peut dire que plus l'ouvrier dispose d'équipement, plus il a un sentiment de sécurité positif²⁶³. Autrement dit, il se sent en sécurité lorsqu'il a des équipements pour se protéger contre les risques d'accidents et de maladies. Néanmoins, le sentiment de sécurité ne favorise pas l'utilisation d'EIP²⁶⁴.

De même, plus, il a un niveau de scolarité élevé, plus, il a un sentiment positif sur les risques²⁶⁵. Dans un second temps, le sentiment de sécurité évolue inversement à l'information sur les risques au travail. Ce qui revient à dire que, plus l'ouvrier est informé, moins il se sent en sécurité²⁶⁶ ou encore, la sensibilisation concernant les risques augmente le sentiment d'insécurité chez l'ouvrier.

A ce niveau, nous posons l'hypothèse que l'ouvrier sensibilisé ou informé est plus conscient des dangers dans son milieu de travail et de ce fait éprouve un sentiment d'insécurité plus élevé que chez les autres. Toutefois, il est intéressant de se poser la question de savoir s'il n'existe pas d'autres facteurs qui influent sur le sentiment de sécurité. Les données de l'enquête montrent que plus l'entreprise est moderne moins l'ouvrier se sent en sécurité²⁶⁷.

Ces différents résultats montrent en réalité que le sentiment de sécurité n'est pas donné et que les structures qui ont les moyens et les contraintes juridiques, législatives en matière du travail sont celles dans lesquelles les ouvriers se sentent le plus en insécurité.

²⁶¹ Pourcentage obtenu sur un échantillon 529 individus.

²⁶² Voir tableau 114 en annexe II-3.

²⁶³ Le coefficient de Pearson $r = 0,310$; $p < 0,001$.

²⁶⁴ Les tests de corrélation de Pearson ($r = 0,085$; $p < 0,140$) montrent qu'il n'y a pas de relation de dépendance entre le sentiment de sécurité et le port d'EIP. (Voir tableau 123 en annexe II-3).

²⁶⁵ Le coefficient de Pearson $r = 0,129$; $p < 0,005$.

²⁶⁶ Le coefficient de Pearson $r = -0,092$; $p < 0,005$.

²⁶⁷ La corrélation entre les variables montre qu'il y'a une relation de dépendance significative entre le statut de l'ouvrier (manœuvres, ouvriers qualifiés), le type d'entreprise et sa perception de la sécurité au travail (Voir tableau 122 en annexe II-3). Mais, les corrélations sont négatives ($r = -0,506$ $p < 0,005$ pour les manœuvres et $r = -0,211$ $p < 0,005$ pour les ouvriers qualifiés) au niveau du type d'entreprise quel que soit le statut de l'ouvrier, ce qui suggère que la variation de l'une des variables influe négativement sur l'autre.

On peut supposer que les risques sont liés à la nature des travaux et que dans les entreprises modernes, les activités ou les tâches sont complexes et plus dangereuses que dans les petites entreprises artisanales ou familiales.

Pourtant, les entretiens avec les responsables dans les entreprises modernes du BTP révèlent que ces derniers mettent en place différentes mesures en matière de sécurité au travail.

Nous avons donc initié des formations à l'endroit des ouvriers sur les conduites à tenir pour éviter les accidents et lorsque ceux-ci surviennent, les conduites à tenir. Au niveau de l'équipe des ouvriers qui font la pose des dalles, nous avons estimé, puisqu'ils travaillent en équipe et que l'infirmier n'est pas toujours présent dans les chantiers, nous avons donc estimé nécessaire de les former pour qu'ils se prennent en charge eux même en cas d'accidents. Par exemple comment faire pour arrêter le saignement en cas de blessures avant l'arrivée des professionnels. (...). Par ailleurs, on a des extincteurs au niveau de l'usine, mais de nombreux ouvriers ne savent pas manipuler un extincteur en cas d'incendie. On a une menuiserie où le bois est très inflammable. A tout moment un incendie peut se déclencher et les ouvriers se permettent de faire du *ataaya* (thé vert de chine), de fumer et tout. Mais en cas d'incendie quel est le comportement qu'ils doivent adopter en cas de sinistre ou pour manipuler les extincteurs ? (M.V. Responsable hygiène et sécurité dans une entreprise de BTP à Dakar)

Source : PSOBD (2010)

Dans les entreprises de construction à Dakar, les politiques de sécurité sont mises en œuvre à travers deux moyens : la communication et la formation.

La communication orale ou sensibilisation consiste à informer les travailleurs des risques et des comportements à adopter au travail pour éviter les accidents et les maladies liés au travail. Les responsables de sécurité ou du personnel avertissent les ouvriers des dangers et leur indiquent les attitudes et les comportements à adopter au niveau de l'espace de travail et pendant l'exécution des tâches. L'objectif poursuivi est d'éliminer ou de limiter les accidents en créant une conscience du risque et un comportement responsable chez les ouvriers.

En plus de la sensibilisation orale, les responsables utilisent la communication visuelle (par l'image) pour attirer l'attention sur les dangers, rappeler les équipements obligatoires à porter dans le lieu et au moment de l'exercice de l'activité, et indiquer l'attitude et le comportement à adopter.

La politique de communication visuelle s'inscrit le plus souvent dans le cadre d'une politique collective de prévention. Les mesures prises concernent l'affichage sur les lieux de travail, la signalisation, l'incendie, les bruits et vibrations, l'éclairage et l'assainissement de locaux de travail.²⁶⁸

Les ouvriers sont souvent des analphabètes qui ne savent ni lire ni écrire. Nous essayons donc de les sensibiliser par l'image parce qu'on s'est dit au lieu d'écrire des règlements intérieurs ou des notes de services pour une population qui ne pourra pas lire ou comprendre la portée du message, il faudrait mieux la sensibiliser par l'image parce que à notre avis l'image aura plus d'effet que l'écriture. Tous les sites et dans les différents ateliers nous avons affiché des images pour leur rappeler qu'à l'endroit où ils se trouvent, ils doivent porter tels matériels de protection indiqués sur les panneaux d'affichage (masque, gant, chaussures, casques). (M.V. Responsable hygiène et sécurité dans une entreprise de BTP à Dakar).

Source : PSOBD (2010)

D'une manière générale, la communication visuelle utilise des symboles, des couleurs et des textes indiquant à l'ouvrier l'attitude et le comportement à adopter dans le lieu concerné. Ainsi les affiches ou panneaux de forme circulaire indiquent une obligation de port d'équipement (en couleur bleue) et une interdiction (couleur rouge), ceux triangulaires rappellent des précautions ou des avertissements (en jaune) et les panneaux verts indiquent généralement le secours, la sécurité et les sorties. Tous ces panneaux signalétiques doivent être visibles dans les chantiers et dans l'entreprise pour permettre aux travailleurs et aux visiteurs de prendre conscience des risques et de mieux se comporter en cas de dangers.

²⁶⁸ Henri-Joël Tagum Fombeno, Op.cit.

Figure 4 : Panneaux signalétiques dans les chantiers de bâtiment



Dans les grandes entreprises comme la SAGEF SA, le CDE et l'EIFFAGE cette politique de communication est en vigueur, même s'il y a parfois des difficultés pour l'application des consignes de sécurité car les ouvriers d'une part, manquent de culture de sécurité et d'autre part il n'y a souvent pas de contrôle et de suivi en ce qui concerne le port d'équipement par exemple. Toutefois, ces panneaux n'existent pas souvent dans les petites entreprises du bâtiment, du fait de l'insuffisance de prise en compte du volet sécurité dans ces structures

CONCLUSION

En définitive, l'industrie de la construction à Dakar est un secteur plein de risques d'accidents et de maladies. Ces risques résultent des conditions de travail assez difficiles, de l'environnement de travail parfois inadapté mais aussi de l'absence de politiques ou de stratégies sécuritaires dans les entreprises du bâtiment

L'analyse autour de la disponibilité et de l'utilisation d'équipements de protection (EIP) par exemple, montre que tous les travailleurs du bâtiment n'ont pas d'EIP. Cependant, presque tous les ouvriers qui en disposent l'utilisent globalement (96%). Il n'y a pas donc, d'effet cognitif mais seulement un effet de l'offre d'équipements car le taux d'utilisation d'EIP dépend étroitement de la disponibilité. Les ouvriers utilisent les chaussures de sécurité, les masques, les tenus, les gants,...lorsque ces outils sont mis à leur disposition dans l'entreprise.

CHAPITRE VIII : L'OUVRIER DU BATIMENT ET LE RISQUE SANTE : BESOINS, PRISE EN CHARGE ET STRATEGIES DE RECOURS AUX SOINS

Le monde professionnel est un domaine dans lequel les risques existentiels (santé, emploi et vieillesse) sont très présents. La non prise en compte de ces risques expose souvent l'ouvrier à une situation d'insécurité physique et sociale pouvant avoir une incidence sur sa santé, son niveau de vie et même son intégration sociale. Dans ce contexte, la protection sociale pourrait aider le travailleur à faire face aux différents risques professionnels et sociaux.

Dans ce chapitre, nous allons analyser les dépenses de santé sous le prisme des revenus mensuels des ouvriers et de leurs ménages. Les résultats vont nous renseigner sur les besoins de santé, la nature et le taux de prise en charge. Ces informations sont utiles pour comprendre la souscription à une assurance et le comportement face aux risques car les données sur les revenus de l'ouvrier suggèrent qu'il dépense en priorité dans l'alimentation. Les frais de santé arrivent en troisième position. Or la question qui se pose est de savoir si les ouvriers dépensent moins en santé parce qu'ils ont tout investi en nourriture ou bien si les besoins de santé sont faibles et donc l'investissement dans ce domaine moins important.

Par ailleurs, l'étude des stratégies de soins va permettre de mieux saisir le recours aux réseaux sociaux. Car, au Sénégal, les relations sociales et de parenté sont des moyens souvent sollicités pour faire face à des difficultés. Les informations sur les stratégies de prise en charge du risque santé vont nous aider à mieux comprendre l'importance ou non de l'assurance en milieu ouvrier.

VIII-1-La santé dans les ménages

Au Sénégal comme partout ailleurs, la santé est l'une des principales préoccupations des hommes, des gouvernants et des acteurs sociaux. Dans les pays développés, ce risque est souvent intégré dans le système de protection sociale. Sa prise en charge se fait par le moyen de l'assurance ou de l'assistance.

Cependant, dans la plupart des pays les moins avancés, les citoyens doivent financer leur santé par leurs propres moyens ou par l'aide de la communauté et de la famille. Toutefois, la santé a un coût et celui-ci est souvent très onéreux pour les personnes et les ménages à revenus faibles.

En 2005, les ménages sénégalais « contribuent au financement du système de santé à hauteur de 95,5 milliards de FCFA (environ 145 millions d'euros), dont 11% sont constitués de cotisations à des systèmes d'assurances et 89% de versements directs. Le versement direct moyen des ménages par habitant est de 7 778 FCFA (12 euros) par an, ce qui représente 3,12% des dépenses annuelles des ménages. Cette part importante des versements des ménages pose un problème d'équité dans le financement des dépenses de soins surtout dans un contexte de pauvreté » (MSPHP, 2005).

Pourtant, malgré les multiples efforts effectués dans ce domaine, les populations éprouvent souvent des difficultés pour se soigner, prévenir les maladies ou s'assurer.

Pour ce qui concerne la prise en charge de la santé de l'ouvrier et de sa famille, il faut dire que celle-ci est variable car dépendante de la survenance de maladies ou d'accidents.

Dans cette étude, nous avons cherché à savoir si l'ouvrier a personnellement payé ou contribué à des frais de soins durant les trois mois précédant l'enquête. L'idée est de mesurer les dépenses dans ce domaine et de voir si celles-ci constituent un facteur de précarité pour les ouvriers. Autrement dit, est-ce que les dépenses de santé sont un élément qui contribue à augmenter les difficultés économiques et financières de l'ouvrier ? De même, est-ce que les ouvriers qui adhèrent à une assurance santé arrivent à mieux éviter la précarité sanitaire et sociale ?

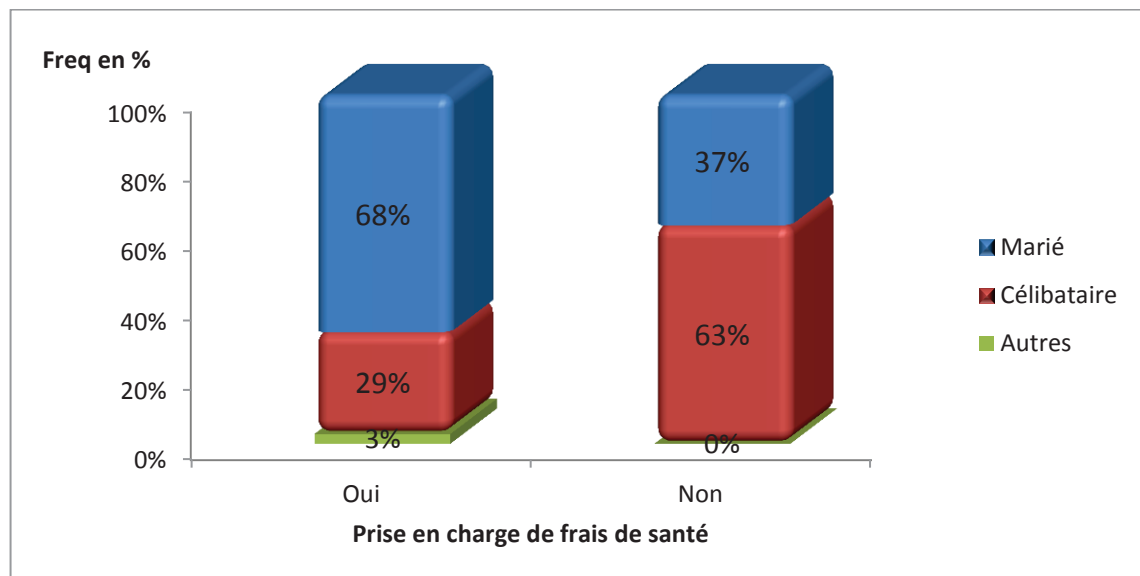
Les données recueillies au cours de l'enquête par questionnaire montrent qu'environ 52% des ouvriers interrogés affirment avoir individuellement pris en charge des frais personnels de santé ou d'un des membres de leur ménage durant le précédent trimestre contre 48% qui ne l'ont pas fait²⁶⁹. Ces résultats montrent d'une part, que le risque santé n'est pas vécu de la même manière par nos enquêtés et d'autre part, que les ouvriers sont responsables de leur santé et celle de leur famille.

Dans l'échantillon, la prise en charge varie souvent selon la situation matrimoniale, l'âge et l'affiliation à une assurance santé.

²⁶⁹ Pourcentage obtenu sur un échantillon 531 individus.

D'abord, l'enquête de terrain renseigne que les ouvriers mariés sont deux fois plus nombreux (68%) que les célibataires (29%) à avoir pris en charge des frais de santé dans le dernier trimestre avant l'enquête²⁷⁰.

Graphique 30 : Répartition de l'échantillon selon la situation matrimoniale et la prise en charge de frais de santé dans le ménage²⁷¹



Source : PSOBD (2010)

En outre, pour ce qui concerne l'influence de la fécondité sur la prise en charge sanitaire, plus de deux tiers (69%) de ceux qui ont payé des frais de soins ont des enfants. Cette situation se comprend dans la mesure où, la prise en charge peut varier selon le nombre d'enfants et les personnes à charge dans la famille. De plus, les enfants de bas âge ont un grand besoin de soins car ils sont sujets à des maladies tropicales sévères, voire mortelles comme le paludisme, la rougeole, la pneumonie, les maladies diarrhéiques (Unicef, 2008).

Toutefois, la fécondité à elle seule, ne suffit pas à expliquer les dépenses de santé. Il faut nécessairement s'intéresser à la taille du ménage et aux personnes en charges. A ce niveau, l'enquête révèle que la taille du ménage n'a pas d'influence effective sur la prise

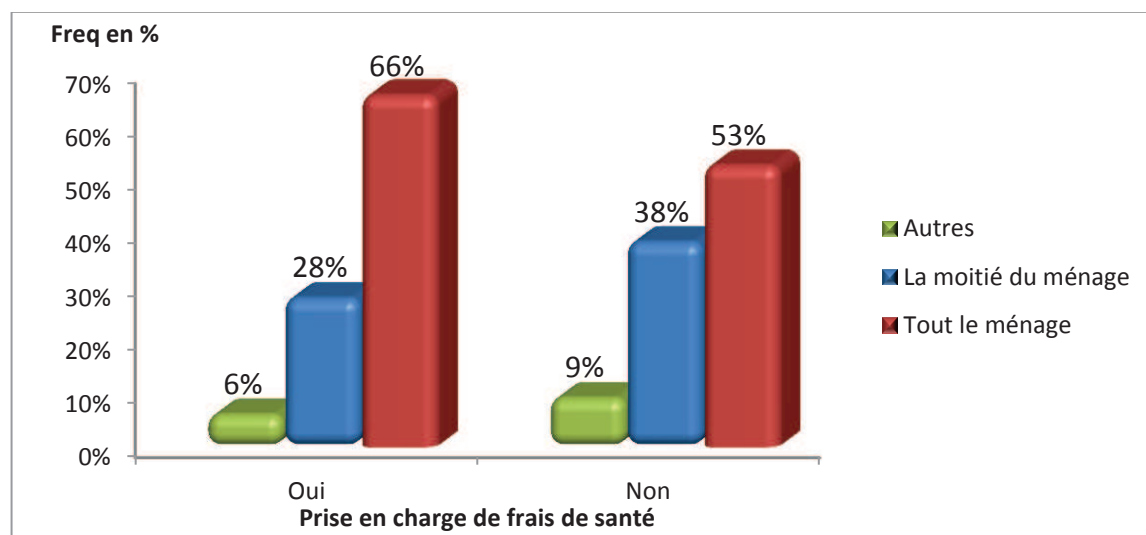
²⁷⁰ La dépendance est très significative : $\chi^2 = 63,450$; ddl = 2 ; 1-p = 99,99%. (Voir tableau 99 en annexe II-3).

²⁷¹ Graphique construit sur un échantillon de 529 individus; les pourcentages sont en colonne.

en charge²⁷² et le montant dépensé en santé²⁷³. Autrement dit, les dépenses de l'ouvrier en matière de santé ne dépendent pas du nombre de personnes vivant avec lui dans le même ménage. Ces résultats posent des questions sur la structure familiale et la solidarité dans les ménages dakarois. En fait, pour comprendre cette situation, il faut savoir que certains ménages sénégalais sont caractérisés par un « élargissement à des apparentés au-delà du cercle familiale nucléaire» (Vimard, 1997, p. 155). Dans un ménage, il peut cohabiter d'autres individus (cousins-es-, tantes, oncles, voisins-es) dont les besoins économiques et sanitaires ne sont pas sous la responsabilité du chef de famille.

Pour mieux expliquer ces données, il est indispensable de s'intéresser aux dépenses de santé selon le nombre de personnes à charge. Les résultats de l'enquête renseignent que le nombre de personnes à charge influence considérablement les frais de santé. Environ 66% d'ouvriers qui ont payé des frais de soins ont à charge tout le ménage contre 28% d'ouvriers qui ne sont responsables que de la moitié du ménage²⁷⁴. Ainsi, presque neuf ouvriers sur dix ayant payé des frais de santé sont responsables d'au moins la moitié de leur ménage.

Graphique 31 : Représentation de l'échantillon selon la prise en charge sanitaire et le nombre de personnes en charge dans le ménage²⁷⁵



Source : PSOBD (2010)

²⁷² Les tests de Khi-deux sur 490 enquêtés indiquent que la dépendance n'est pas significative puisque $\chi^2 = 1,36$, ddl = 2, 1-p = 49,46%.

²⁷³ La dépendance n'est pas significative. $\chi^2 = 6,72$, ddl = 8, 1-p = 43,32%.

²⁷⁴ La dépendance est significative. $\chi^2 = 6,49$, ddl = 2, 1-p = 96,10%.

²⁷⁵ Graphique construit sur un échantillon de 370 individus; les pourcentages sont en colonne.

La conséquence est la survenance ou le renforcement des difficultés économiques, financières et sanitaires dans le ménage.

Pour ce qui concerne les problèmes liés au financement de la santé dans les familles d'ouvriers, environ 55% des ouvriers de l'échantillon global éprouvent des difficultés à payer leur santé ou celle de leur famille²⁷⁶.

Par ailleurs, il y a un lien entre les problèmes de paiement des soins et certaines caractéristiques sociodémographiques des enquêtés. Les facteurs tels que l'âge, la situation matrimoniale et le nombre d'enfants²⁷⁷ sont significativement associés aux difficultés de financement de la santé. Dans l'échantillon, on observe que les jeunes ouvriers de moins de 30 ans (39%) sont les moins nombreux à déclarer avoir des difficultés en santé²⁷⁸, contrairement à leurs aînés âgés de plus de 30 ans (61%)²⁷⁹.

De même, plus de la moitié des moins de 30 ans (54%) n'ont pas de problèmes pour payer les frais de soins, alors que 61% des 30-60 ans et 77% des plus de 60 ans affirment rencontrer des difficultés pour prendre en charge les frais de santé du ménage.²⁸⁰

Tableau 18 : Répartition de l'échantillon selon l'âge et les difficultés de financement de la santé²⁸¹

Difficultés dans la prise en charge sanitaire	En difficulté	Sans difficulté	TOTAL
Age			
Moins de 30 ans	46%	54%	100%
Entre 30-60 ans	61%	39%	100%
+60ans	77%	23%	100%
TOTAL	55%	45%	100%

Source : PSOBD (2010)

²⁷⁶ Pourcentage obtenu sur un échantillon 530 individus.

²⁷⁷ Les coefficients de Pearson indiquent successivement $r = -0,175$; $p < 0,000$ / $r = 0,152$; $p < 0,000$ / $r = 0,187$; $p < 0,000$. (Voir tableau 104 en annexe II-3).

²⁷⁸ La dépendance est très significative. $\chi^2 = 15,74$, ddl = 2, 1-p = 99,96%.

²⁷⁹ Voir Tableau 41 en annexe II-2.

²⁸⁰ La dépendance est très significative. $\chi^2 = 14,14$, ddl = 2, 1-p = 99,91%.

²⁸¹ Tableau construit sur un échantillon de 530 individus; les pourcentages sont en ligne.

On peut expliquer ces résultats en faisant l'hypothèse que les ouvriers de moins de 30 ans sont des jeunes qui ne financent que leur santé individuelle. Ils ne sont pas responsables de la santé dans le ménage et donc n'éprouvent pas de difficulté pour payer leurs soins.

En outre, les ouvriers mariés (60%) sont les plus nombreux à éprouver des difficultés pour payer de soins²⁸² par rapport aux célibataires (38%), aux divorcés et aux veufs (2%)²⁸³. Ces résultats sont à peu près les mêmes selon que l'ouvrier a un enfant ou pas. En effet, plus de la moitié d'ouvriers en difficulté ont des enfants et environ 66% d'ouvrier pères déclarent rencontrer des problèmes pour financer la santé²⁸⁴ contre 34% des ouvriers sans enfant²⁸⁵.

En somme, les facteurs sociodémographiques influent sur les difficultés de soins dans les ménages d'ouvriers à Dakar ²⁸⁶. Ces résultats peuvent être expliqués en posant l'hypothèse qu'avec l'âge, l'ouvrier a plus de responsabilités dans le ménage et donc paie plus de frais de santé.

D'ailleurs, à partir de 30 ans, les Sénégalais sont mariés, ont des enfants et sont chefs de ménages ou de familles²⁸⁷. Globalement, ils contribuent à financer les besoins des autres membres (frères, sœurs, enfants, parents) ou sont les principaux pourvoyeurs de ressources pour le fonctionnement ou la survie du ménage.

Toutefois, la prise en charge varie selon que l'ouvrier est assuré ou non. Les ouvriers non couverts par une assurance sont ceux qui payent le plus les frais de santé dans notre étude²⁸⁸. Comment expliquer ces différents résultats ? Peut-on affirmer que tous les ouvriers assurés ne prennent pas en charge la santé de leur famille ?

Nous pouvons avancer l'hypothèse selon laquelle d'une part, tout le monde n'est pas malade tout le temps dans le ménage et d'autre part que les ménages où il y a souvent des maladies prennent une assurance.

²⁸² La dépendance est très significative : $\chi^2 = 23,279$; ddl = 2 ; 1-p = 99,99%.

²⁸³ Voir Tableau 42 en annexe II-2.

²⁸⁴ Voir Tableau 43 en annexe II-2.

²⁸⁵ La dépendance est très significative : $\chi^2 = 25,617$; ddl = 1 ; 1-p = 99,99%.

²⁸⁶ Les tests de corrélations sont confirmés par les tests de régressions portant sur ces variables. La valeur de F est de 7,286 et est significative à $p < 0,0005$. Ceci signifie que les probabilités d'obtenir une valeur F de cette taille par hasard sont de moins de 0,05 %. Il y a donc une relation statistiquement significative entre l'âge, la situation matrimoniale, le nombre d'enfants et les difficultés de paiement des frais de santé dans le ménage. (Voir tableau 103 en annexe II-3).

²⁸⁷ Voir les différentes études ou enquêtes de ces dernières années : RGPH 3, ESAM II, EDSV-MICS.

²⁸⁸ Ces résultats sont significatifs $\chi^2 = 3,696$; ddl = 1 ; 1-p = 96%. (Voir tableau 80 en annexe II-3).

Les données de l'échantillon révèlent qu'il existe bien un lien entre la prise en charge de la santé et la souscription à une assurance²⁸⁹. Plus l'ouvrier est assuré, moins il prend en charge des frais de soins ; mais de peu²⁹⁰. Cependant, il faut relativiser et considérer l'hypothèse selon laquelle la prise en charge se fait de façon indirecte à travers l'assurance. Cette hypothèse est d'ailleurs assez plausible puisqu'excepté la Caisse de Sécurité Sociale (CSS), la plupart des assurances proposent une couverture élargie à la famille et aux membres du ménage. D'ailleurs, dans le sous-groupe des assurés, environ 48% affirment que leur assurance couvre leur famille. Ce taux moyen de couverture collectif s'explique par le fait que dans les mutuelles de santé, l'affiliation est avant tout individuelle. L'offre peut être élargie à la famille à condition d'augmenter la cotisation, mais il n'y a pas de contraintes à une souscription collective même si elle est encouragée. De plus, la CSS n'assure que le risque santé professionnel. Ce qui fait qu'il y a beaucoup de personnes qui ne sont pas couvertes à travers la souscription de l'ouvrier. Par ailleurs, si l'on s'intéresse à la prise en charge selon le revenu de l'ouvrier, on voit que les deux variables sont négativement associées²⁹¹ ; ce qui signifie que plus il a un revenu élevé, moins il prend en charge la santé de la famille.

Pour expliquer cette situation, on peut faire l'hypothèse que les ouvriers qui gagnent plus, sont affiliés à une assurance qui prend en charge les frais de soins. Ce qui fait que l'ouvrier dépense moins. Le fait de s'assurer diminue donc, les dépenses de santé pour l'ouvrier.

Ces informations doivent-elles nous obliger à considérer que l'ouvrier investit plutôt dans la prévoyance que dans la réparation ? Les données renseignent qu'environ plus de la moitié (53%) des ouvriers qui ont souscrit à une assurance maladie, dépensent moins de 2000 FCFA (3 euros) par mois en santé (environ 5% du SMIG mensuel). Par contre, seuls 13% dépensent plus de 5000 FCFA (7,6 euros) (environ 13% du SMIG mensuel). A ce niveau, rappelons que les montants de cotisations individuelles et mensuelles dans les structures d'assurance maladie comme les IPM ou les mutuelles de santé se situent en moyenne respectivement entre 1800 FCFA et 2000 FCFA (environ 3 euros).

²⁸⁹ Le coefficient de Pearson donne $r = -0,084$; $p = 0,055$. (Voir tableau 81 en annexe II-3).

²⁹⁰ La valeur du V de Cramer (0,084) indique que le degré de relation est très faible. (Voir tableau 81 en annexe II-3).

²⁹¹ Le coefficient de Pearson indique $r = -0,142$; $p < 0,002$. (Voir tableau 82 en annexe II-3). De même, la régression montre une valeur de $R\text{-deux} = 0,020$; ce qui indique une faible relation.

Les résultats correspondent donc, au taux moyen de cotisation dans les assurances maladies.

Cependant, sachant que le revenu mensuel moyen dans notre échantillon est de 138 240 FCFA (environ 211 euros), on peut dire que la moitié des assurés cotise environ 1,5% du SMIG. Ce qui en soit n'est pas élevé et ne peut être considéré comme un facteur de précarisation.

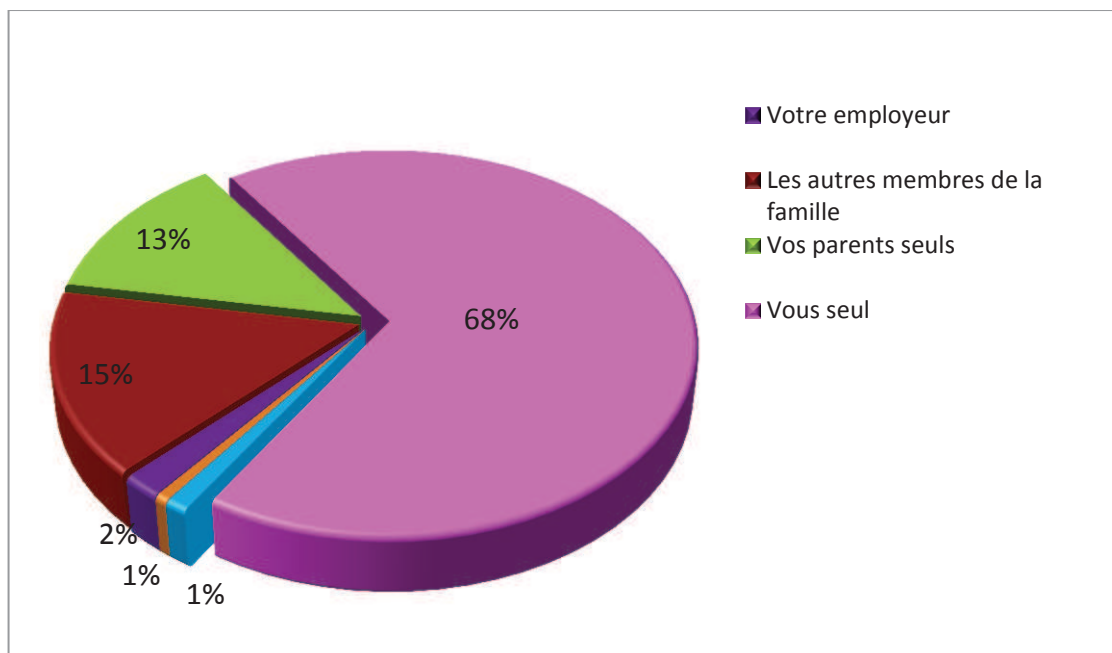
Néanmoins, il faut considérer que les facteurs démographiques comme l'âge, la nuptialité, la fécondité influent sur les dépenses de santé. En effet, de façon générale, les besoins de santé dépendent de l'âge; plus on est jeune, moins on est malade. Les personnes âgées ont souvent des pathologies liées au vieillissement. En outre, le fait d'avoir des enfants ou de vivre dans un ménage de taille importante influe en général sur les frais de santé ; plus il y a d'enfants, plus, il y a de risque de maladie et donc de frais. Toutefois, rappelons que les soins primaires ne sont pas coûteux car traités au niveau des districts sanitaires. D'ailleurs l'accessibilité financière, plus que la distance ou la qualité des soins, est souvent invoquée pour justifier la fréquentation de ces structures de santé au Sénégal (Souares, Chippaux, & Le Hesran, 2005) .

En 2011, les dépenses annuelles de santé pour un Sénégalais s'élèvent à 2461 FCFA (environ 4 euros) par personne contre 3 857 FCFA (environ 6 euros) pour un Dakarois (Fall & Bahoum, mai 2013)

Mais, il est important de continuer l'analyse des difficultés économiques du ménage en nous intéressant aux dépenses de santé des ouvriers, aux bénéficiaires et aux stratégies de recours aux soins.

Premièrement, les données de l'enquête indiquent que l'ouvrier est le principal financeur de la santé. En effet, 68% des ouvriers de l'échantillon affirment être les seuls responsables des soins dans le ménage, environ 13% disent que ce sont les parents qui garantissent le paiement des frais de soins et 15% affirment que ce sont les autres membres du ménage qui s'en occupent. L'employeur (2%) participe faiblement aux dépenses de santé de l'ouvrier et de sa famille.

Graphique 32 : Répartition de l'échantillon selon le responsable des soins dans le ménage²⁹²



Source : PSOBD (2010)

Ces données montrent, d'une part la place de l'ouvrier en matière de prise en charge médicale dans sa famille et, d'autre part la solidarité familiale pour ce qui concerne le risque santé puisque toute la famille participe chacun à son niveau et selon ses moyens aux soins dans les ménages.

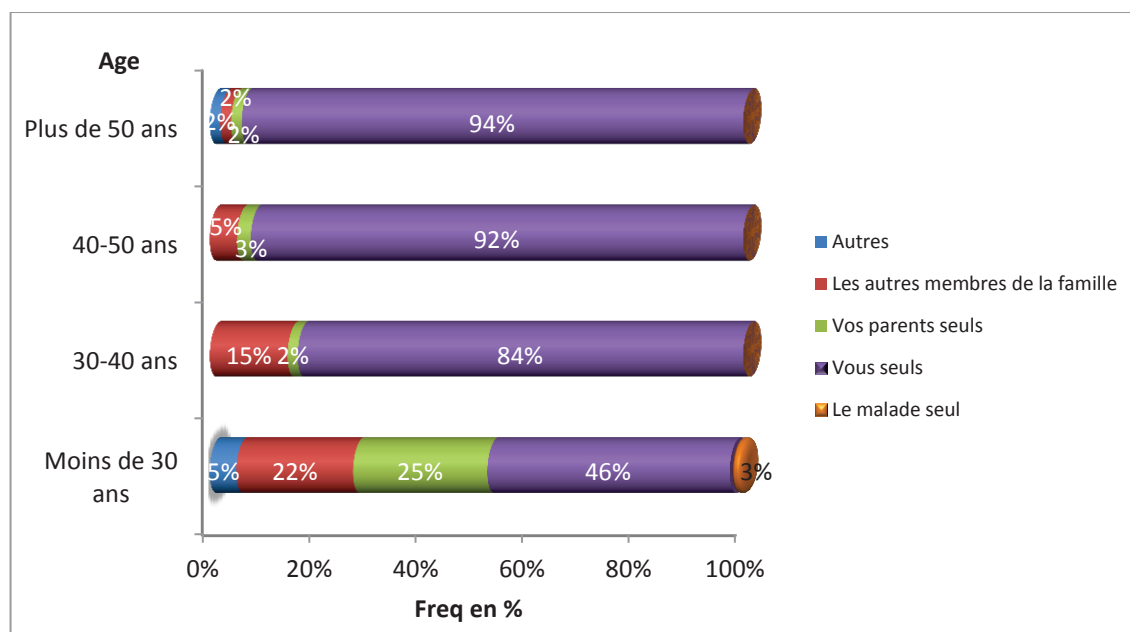
Toutefois, le nombre d'ouvriers responsables de frais de santé augmente selon l'âge. Plus l'ouvrier est âgé, plus, il est le seul à s'occuper du financement des soins dans le ménage en cas de maladie ou d'accident²⁹³. En fait, les moins de 30 ans (45%) ont un taux de participation aux soins le plus faible. Par contre, à partir de 30 ans le « taux de responsabilité santé » augmente pour huit ouvriers sur dix (84%) entre 30-40 ans et plus de neuf ouvriers sur dix dès 40 ans (92%)²⁹⁴.

²⁹² Graphique construit sur un échantillon de 529 individus.

²⁹³ Le coefficient de Pearson indique $r=0,351$; $p < 0,001$. (Voir tableau 106 en annexe II-3).

²⁹⁴ La dépendance est très significative. $\chi^2 = 128,04$, ddl = 12, 1-p = >99,99%.

Graphique 33 : Répartition de l'échantillon selon l'âge de l'ouvrier et le responsable des frais de soins²⁹⁵



Source : PSOBD (2010)

Pour expliquer ces résultats, nous estimons que les ouvriers de moins de 50 ans ont des enfants très jeunes qui ne peuvent pas se prendre en charge en cas de maladie. C'est à l'ouvrier en tant que chef de famille que revient la charge de faire soigner ses enfants, son épouse et certains membres du ménage. Cette hypothèse est acceptable dans la mesure où, l'âge du mariage chez les hommes tourne autour de 30 ans²⁹⁶ et l'âge moyen dans notre échantillon est de 33 ans.

Ainsi, à 50 ans, l'ouvrier dakarois est supposé avoir des enfants de moins de 20 ans. De plus, nous avons vu que l'ouvrier a des nombreuses personnes à charge et il est le principal financier du ménage.

En somme, ces résultats renseignent que globalement, l'ouvrier est le seul à prendre en charge les frais de santé de la famille et cette responsabilité augmente selon l'âge.

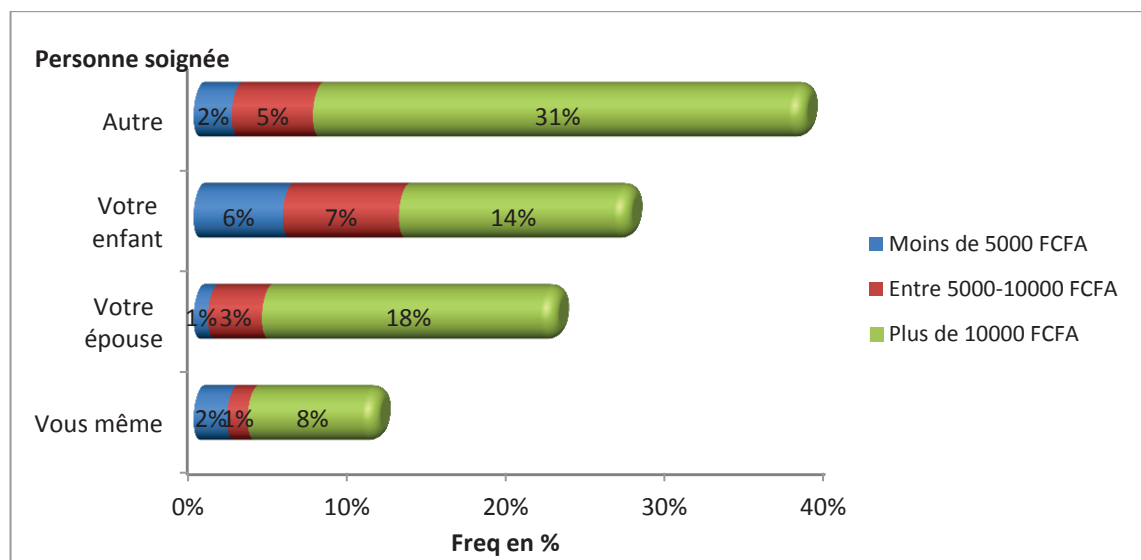
²⁹⁵ Graphique construit sur un échantillon de 529 individus; les pourcentages sont en ligne.

²⁹⁶ Selon les données de l'EDS-MICS (2010-2011), l'âge médian à la première union des hommes de 30 à 59 ans est de 29,2 ans.

Deuxièmement, s'agissant des bénéficiaires, les résultats de l'enquête indiquent que l'ouvrier s'occupe en priorité de sa famille, y compris celle étendue. En effet, 27% des ouvriers affirment que les dépenses effectuées concernent les soins de leurs enfants, 23 % leurs épouses, 36% un membre de la famille (frères, sœurs, tantes, oncles, neveux, cousin (es), nièces, pères, mères)²⁹⁷. Ces taux montrent qu'en matière de soins l'ouvrier dépense en majorité plus pour sa famille (88%) que pour sa propre personne (12%). De même, environ la moitié des ouvriers affirment que la prise en charge concernait leur famille nucléaire (enfant-s et épouse-s).

Dans le graphique 34 suivant, on peut observer que les sommes dépensées varient selon la personne soignée. Les dépenses personnelles de l'ouvrier sont les moins importantes alors que les frais de santé des autres membres du ménage (31%), des enfants (14%), des conjointes (18%) dépassent souvent 10 000 FCFA (15 euros)²⁹⁸.

Graphique 34: Représentation de l'échantillon selon la personne soignée et le montant dépensé²⁹⁹



Source : PSOBD (2010)

Ces résultats soulèvent des interrogations sur le risque santé chez les ouvriers. On peut se demander ce qui peut expliquer que l'ouvrier dépense plus pour les autres que pour lui-même.

²⁹⁷ Voir tableau 19 en annexe II-1.

²⁹⁸ La dépendance est très significative. $\chi^2 = 19,77$, ddl = 6, 1-p = 99,70%.

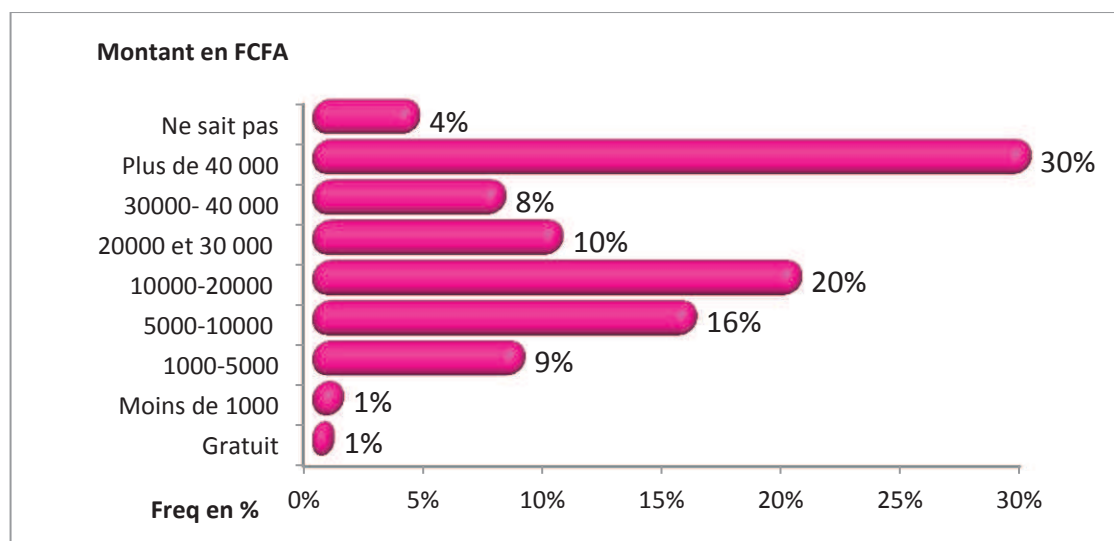
²⁹⁹ Graphique construit sur un échantillon de 234 individus; les pourcentages sont en total.

Pour comprendre l'importante prise en charge de la famille, il faut prendre en compte la vulnérabilité des individus selon l'âge et selon le sexe. En effet, on sait que les enfants et les personnes âgées sont souvent malades, et donc ont besoin de soins. D'ailleurs, les politiques de santé au Sénégal sont orientées vers ces catégories dites vulnérables. La santé maternelle et infantile est l'un des piliers de l'initiative de Bamako, tandis que le *Plan sésame* est orienté exclusivement vers les personnes âgées. En outre, l'ouvrier inscrit à la caisse est assuré pour les risques liés à la maladie professionnelle et aux accidents de travail. Cependant, sa famille est exclue de cette couverture, même si elle peut en bénéficier par le biais des IPM. Seulement, le taux d'affiliation à une structure d'assurance santé est de l'ordre d'environ 5%. Ce taux rejoint les chiffres de l'Enquête Démographique et Santé (EDS-MICS 2010-2011) qui indiquent qu'une proportion très faible de femmes et d'hommes est couverte par une sécurité sociale³⁰⁰, ce qui permet d'expliquer en partie le financement de la santé familiale.

Troisièmement, en s'intéressant aux dépenses dans ce domaine, on découvre que les frais sont assez variables. Les montants dépensés sont compris entre 1000 FCFA (environ 1,50 euros) et 40 000 FCFA (environ 60 euros) (plus que le SMIG mensuel net) avec une dépense moyenne d'environ 23 500 FCFA (environ 35 euros). Dans l'échantillon, 30% des ouvriers affirment avoir dépensé plus de 40 000 FCFA durant le trimestre précédent, 20% ont dépensé un montant se situant entre 10 000 FCFA et 20 000 FCFA et 16% des ouvriers ont payé une facture d'un montant compris entre 5000 FCFA et 10000 FCFA. Au total, environ 70% des personnes interrogées ont dépensé une somme supérieure à 10 000 FCFA (environ 15 euros). Ce montant semble peu élevé mais si on considère qu'il représente près du tiers du SMIG mensuel, il faut dire que certaines catégories sociales qui dépensent autant peuvent avoir des difficultés pour résoudre les autres besoins, tels la nourriture, le logement et le transport.

³⁰⁰ Selon les derniers chiffres de l'Enquête Démographie et de Santé (EDS-MICS 2010-2011), moins de 1 % des femmes et des hommes sont couverte par la sécurité sociale et une assurance santé privée commerciale (0,1 % pour les femmes et 0,5 % pour les hommes) ; 2 % des femmes et des hommes sont assurés par leur employeur ; 2 % des femmes et 3 % des hommes ont recours aux mutuelles de santé et aux assurances de santé communautaire ; 3 % des femmes et 2 % des hommes sont pris en charge en cas de maladie par un autre type d'assurance santé, telle que l'imputation budgétaire.

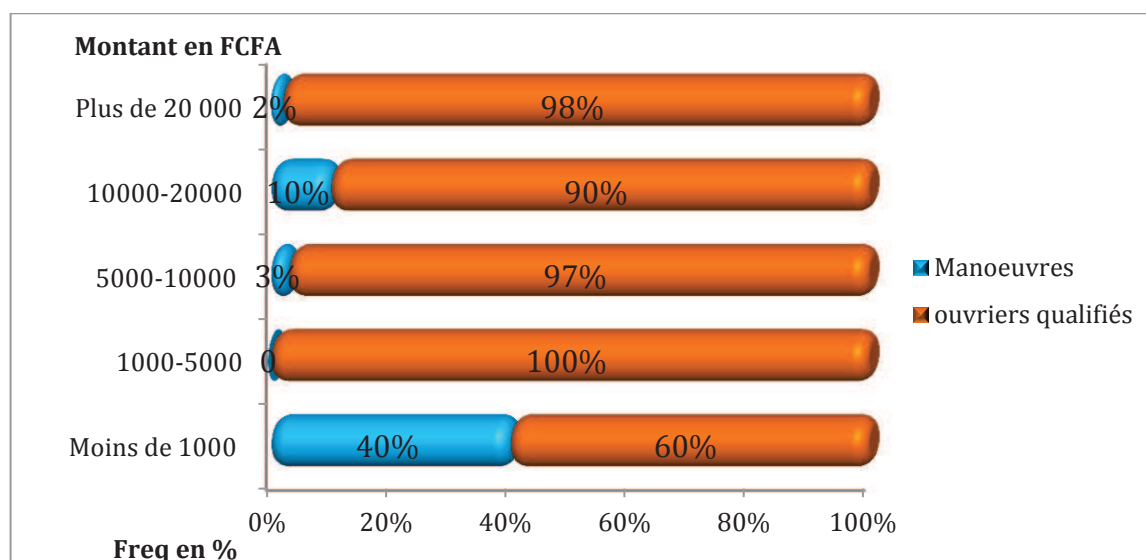
Graphique 35 : Répartition de l'échantillon selon le montant dépensé en santé au dernier trimestre³⁰¹



Source : PSOBD (2010)

Par ailleurs, selon la catégorie, les ouvriers investissent plus ou moins dans la santé familiale. Le graphique 36 suivant, montre que les ouvriers qualifiés sont les principaux financiers des soins. Les manœuvres dépensent moins et des montants souvent inférieurs à 1000 FCFA (1,5 euros).

Graphique 36 : Répartition de l'échantillon selon les dépenses de soins et le statut³⁰²



Source : PSOBD (2010)

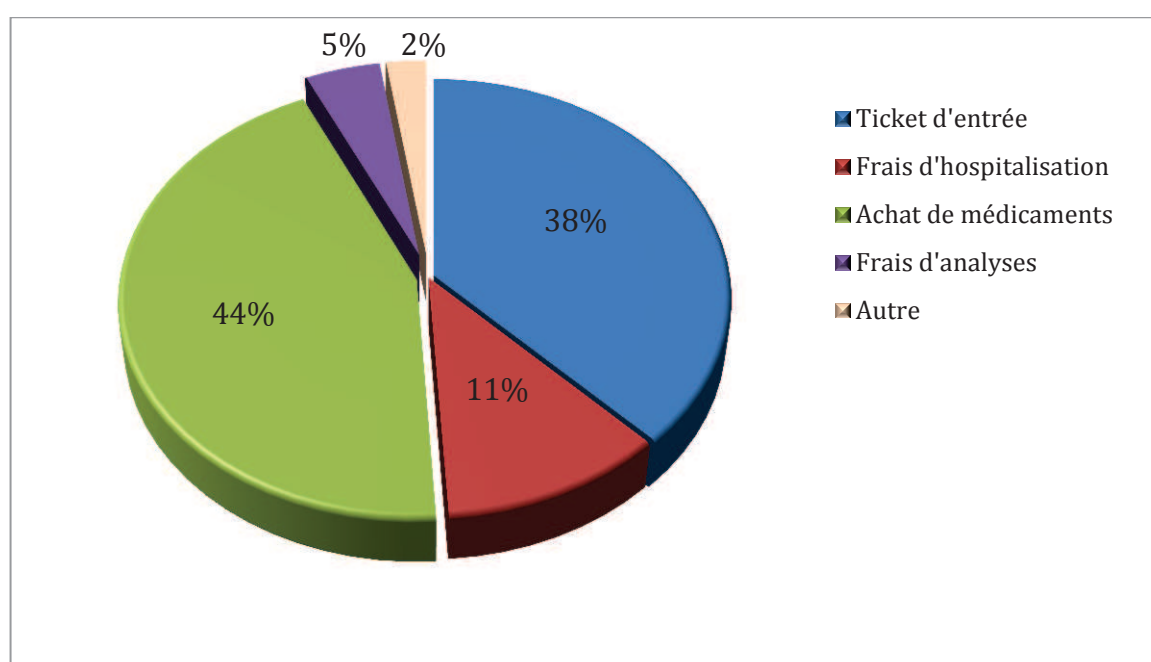
³⁰¹ Graphique construit sur un échantillon de 250 individus.

³⁰² Graphique construit sur un échantillon de 238 individus.

Pourtant, ces travailleurs ont en moyenne les mêmes revenus mensuels. Ainsi, on peut considérer que l'incidence de l'investissement santé peut être plus importante chez les ouvriers qualifiés puisqu'ils dépensent plus et gagnent en moyenne les mêmes revenus que les manœuvres.

Les domaines de dépenses de soins sont variables et concernent le plus souvent tous les actes médicaux. Le graphique 37 suivant montre que l'achat de médicament (44%), les frais d'hospitalisation (11%) et les tickets d'entrée dans les structures sanitaires (37%) sont les domaines les plus investis par les ouvriers.

Graphique 37 : Répartition de l'échantillon selon les raisons des dépenses de santé ³⁰³



Source : PSOBD (2010)

Toutefois, les raisons de l'investissement sanitaire peuvent varier selon le statut de l'ouvrier ou l'affiliation. En effet, les manœuvres affirment dépenser plus en médicaments (50%) et en analyse (17%) que les ouvriers qualifiés qui investissent plutôt sur les tickets d'entrée dans les structures sanitaires.

De même, selon l'affiliation à une structure d'assurance santé, la nature des dépenses de soins peuvent varier. Ainsi, la moitié (50%) des ouvriers assurés dépensent dans les tickets d'entrée contre 37% chez les non assurés.

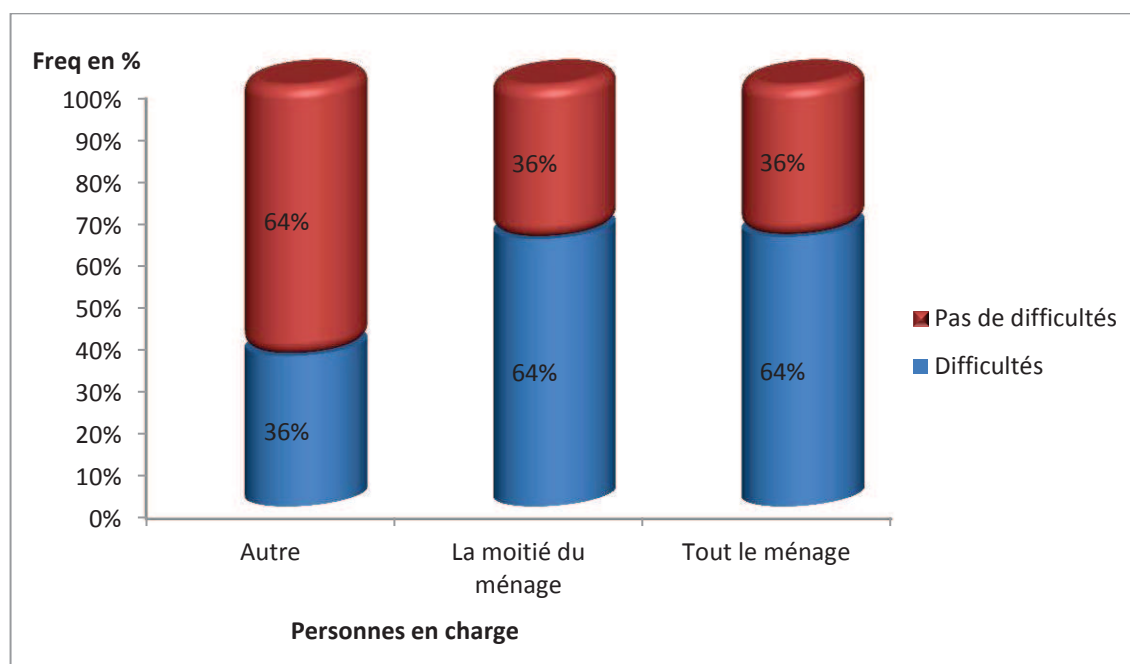
³⁰³ Graphique construit sur un échantillon de 247 personnes.

En outre, 45% de ces derniers investissent en priorité dans l'achat des médicaments contre 25% chez les personnes affiliées. Ces résultats s'expliquent par le fait qu'avec l'assurance, l'ouvrier dépense moins directement en médicaments. Par contre, le ticket d'entrée et le transport sont souvent de leur ressort. Ils représentent le ticket modérateur dans ce domaine.

Par ailleurs, de nombreux ouvriers (55%) affirment avoir des difficultés économiques ou financières pour prendre en charge les frais individuels et familiaux en matière de santé. Avant tout, on peut supposer que ces difficultés sont liées à la charge familiale des ouvriers mais aussi à la faiblesse de leurs revenus.

Le graphique 38 montre que plus l'ouvrier a une charge familiale importante, plus, il éprouve des difficultés à satisfaire les besoins de santé du ménage. En effet, 64% d'enquêtés affirment avoir des difficultés lorsqu'ils ont en charge la moitié ou la totalité du ménage contre 36% pour les autres³⁰⁴.

Graphique 38 : Représentation de l'échantillon selon la proportion du ménage à charge et les difficultés de santé³⁰⁵



Source : PSODB (2010)

³⁰⁴ La dépendance est très significative. Chi2 = 30,86 ; ddl = 2, 1-p = >99,99%.

³⁰⁵ Graphique construit sur un échantillon de 475 individus; les pourcentages sont en ligne.

En somme, le financement de la santé est un facteur de précarité chez l'ouvrier du bâtiment. Dans l'échantillon, près d'un ouvrier sur trois affirme avoir dépensé plus de 40 000 FCFA (60 euros) dans le dernier trimestre, soit plus que le SMIG mensuel. Cet investissement dans la santé accentue les difficultés économiques car le revenu des ouvriers est assez moyen, le nombre de personnes à charge élevé et les ouvriers consacrent une grande partie de leurs revenus à l'alimentation.

Néanmoins, pour diminuer les problèmes économiques et financiers, les ouvriers peuvent compter sur l'assurance santé. En effet, les informations recueillies montrent que les ouvriers assurés paient moins de frais de santé alors que les ouvriers non assurés ont des difficultés pour financer leur santé et celle de sa famille. L'affiliation à une assurance santé est donc, une alternative pour diminuer ou échapper à la précarité économique dans les ménages d'ouvriers à Dakar.

VIII-2-Le risque santé et les stratégies de recours aux soins de l'ouvrier

Malgré les contraintes économiques et financières, les ouvriers du bâtiment ne renoncent pas à leurs propres soins ou ceux de leurs familles. La grande majorité des personnes interrogées (83%)³⁰⁶ se soigne en cas de maladie ou d'accidents individuels ou familiaux. Le renoncement aux soins est assez important puisque près d'une personne sur cinq est concernée. Les raisons du renoncement sont souvent liées au manque de ressources financières³⁰⁷.

A Dakar, le renoncement au recours thérapeutique dans les structures modernes s'explique souvent par la pauvreté. En effet, des études montrent que le paiement des frais de santé en consultation et en médicaments quel que soit le prix est un facteur discriminant pour les personnes dépourvues de ressources financières. Ainsi, « Les plus démunis ont moins accès aux services de santé malgré la promotion d'une santé communautaire » (Sall, 2009, p. 131).

En l'absence de protection sociale, l'ouvrier compte sur ses revenus pour satisfaire les besoins en matière de santé. Toutefois, certaines entreprises du bâtiment mettent en place un système pour aider les travailleurs et leurs familles à se soigner au besoin.

³⁰⁶ Pourcentage obtenu sur un échantillon de 516 individus.

³⁰⁷ Les difficultés économiques dans le ménage sont positivement liées au renoncement aux soins. Les tests de corrélation indiquent : $r=0,101$, $p=0,005$

Ce système consiste à prendre directement en charge une partie des frais de soins du salarié. Mais dans un contexte de crise, les ouvriers éprouvent d'énormes difficultés pour obtenir le concours de l'entreprise. Ainsi, certains ouvriers utilisent des stratégies personnelles pour obtenir un soutien de la part de l'employeur afin de prendre en charge les frais de soins comme l'explique cet ouvrier :

Actuellement, on a des difficultés pour la prise en charge de nos familles parce que parfois tu déposes une ordonnance mais avant de bénéficier de la prise en charge, cela dure et parfois il arrive même qu'avant la fin de la procédure administrative, le malade guérit. Donc, cela pose problème, (...), En fait, ça dépend des périodes, si tu tombes sur une période où il y a de l'argent dans l'entreprise, ils peuvent te prendre en charge, mais des fois, il n'y a pas d'argent et la prise en charge cause des problèmes. C'est à toi de te débrouiller. Par exemple, lors de consultation prénatale (échographie) il faut nécessairement disposer de liquidité, mais puisque ces consultations sont bien programmées, il faut introduire tôt l'ordonnance et bousculer la direction. Souvent dans ce cas, tu peux disposer de la prise en charge avant la date de consultation. Mais en cas d'urgence, tu es obligé de préfinancer le traitement et les soins et à ton retour, tu introduis le dossier pour un remboursement à hauteur de 50%. Le remboursement est souvent inclus dans le bulletin de paie et jamais en espèces. (A. B. Ouvrier du BTP et ancien PCA d'IPM).

Source : PSOBD (2010)

Toutefois, l'étude des chiffres sur l'origine des dépenses de santé révèle que l'ouvrier est le principal financeur de sa santé ainsi que celle de son ménage. Il tire l'essentiel de son revenu de son emploi et en cas de difficultés, il sollicite un emprunt auprès de ses réseaux sociaux ou des institutions de micro-finance. Ces informations montrent bien l'insécurité sociale dans laquelle se trouve l'ouvrier du bâtiment car il ne peut compter que sur lui-même en l'absence d'une assurance maladie.

Pour ce qui concerne le recours aux soins, les ouvriers et leurs familles font appel en général aux professionnels de la santé (médecins, infirmiers) pour se soigner en cas de problèmes de santé.

Le recours aux structures de soins modernes s'explique par le fait qu'avec l'organisation du système de santé on retrouve dans presque tous les quartiers de Dakar une structure de soins. La carte sanitaire maille le territoire dans l'ensemble de la région.

En outre, avec l'urbanisation, l'instruction, les campagnes de sensibilisation dans les medias (radio et télévision) par les autorités du ministère en charge de la santé, les populations dakaroises sont fortement informées de l'importance du recours aux structures sanitaires plus professionnelles, plus efficaces et comportant moins de risques que la médecine traditionnelle ou l'automédication.

Cette dernière « ne se fait pas sans risques, les médicaments étant le plus souvent achetés sur les marchés sans aucune garantie sur leur origine ou leur efficacité » (Minvielle, Diop, & Niang, 2005, p. 167), les personnes qui les utilisent peuvent avoir des complications graves (Diaw, 2001).

Cependant, comme le dit Yannick Jaffré: « le choix des recours thérapeutiques - dispensaire, guérisseur, marabout, etc. s'effectue, en grande partie, selon diverses formes d'évaluation profane de la qualité des structures de soins et de leur supposée capacité à traiter les maladies, non telles qu'elles sont médicalement définies, mais selon la manière dont elles sont ressenties et interprétées » (Jaffré, 2000). Autrement dit, le choix du recours dépend de la subjectivité des individus souvent influencée par des interprétations culturelles et de l'attente qu'ils ont de la personne ou de la structure soignante car en dernier lieu, seule la satisfaction personnelle compte pour le patient.

VIII-3- L'ouvrier du bâtiment et la prévoyance santé à Dakar

Le système de prévoyance sociale existe depuis 1975 avec la loi sur la prévoyance sociale³⁰⁸. Cependant, seule une minorité est couverte dans le secteur privé. Cette réalité se confirme avec notre enquête où seuls environ 4% des ouvriers adhèrent à une structure d'assurance maladie.

L'adhésion à une assurance demande que les bénéficiaires ou assurés soient informés de son existence et de ses prestations. Dans notre échantillon, moins d'un ouvrier sur deux (46%) affirme connaître la sécurité sociale³⁰⁹. Par contre, environ 36% des enquêtés déclarent avoir été informés sur l'assurance sociale.

Par ailleurs, il y a une relation³¹⁰ entre la connaissance de la sécurité sociale et certains facteurs comme le niveau d'études³¹¹, le nombre d'enfants³¹², le statut professionnel de

³⁰⁸ Loi n° 75-50 du 3 avril 1975 relative aux Institutions de Prévoyance Sociale au Sénégal.

³⁰⁹ Pourcentage obtenu sur un échantillon de 527 individus.

³¹⁰ Voir tableau 108 en annexe II-3.

³¹¹ Les tests de corrélation de Pearson indiquent $r = 0,144$; $p = 0,006$.

³¹² Le coefficient de Pearson $r = 0,112$; $p = 0,010$.

l'ouvrier³¹³ et le type d'entreprise³¹⁴. En effet, plus de sept ouvriers sur dix (72%) connaissant la sécurité sociale³¹⁵ ont fait des études en français (dans l'enseignement général) contre 24 % en arabe ou en école coranique³¹⁶. On peut faire l'hypothèse que le taux important de connaissance de la sécurité sociale est lié au fait qu'ils ont appris durant leurs formations ou ont lu des documents portant sur la sécurité sociale. En outre, 73% des ouvriers qui ne connaissent pas la sécurité sociale ont un niveau équivalent au primaire³¹⁷, contre 25% au secondaire et 2% au supérieur³¹⁸. Ces résultats s'expliquent par le fait que le taux d'instruction est assez faible au Sénégal puisque environ 89% des sénégalais ont un niveau d'instruction inférieur ou égal au primaire (Ansd, juin 2008). Dans le bâtiment, le niveau d'études est assez faible, dépassant rarement six années de scolarité. Ainsi, on peut faire l'hypothèse que les personnes enquêtées n'ont pas été formées sur le droit et les institutions de protection sociale ou sur l'idée même d'avoir des droits

Plus d'un ouvrier sur deux (55%)³¹⁹ connaissant la sécurité sociale a des enfants³²⁰. On peut supposer qu'ils se sont renseigné sur la sécurité sociale afin de voir dans quelles conditions ils peuvent bénéficier de prestations sociales ou de remboursement de frais de santé pour eux-mêmes mais aussi pour leurs conjointes et enfants.

Par ailleurs, dans le privé moderne, environ 71% des ouvriers connaissent le système³²¹ tandis que dans les petites entreprises familiales le taux de connaissance³²² est de 42%. On peut expliquer ce taux de connaissance dans le privé moderne par les séances de sensibilisation et d'informations organisées par la caisse de sécurité sociale ou l'inspection du travail sur les risques et la protection sociale³²³. On peut donc penser que les ouvriers ont été informés sur la sécurité sociale en amont pendant l'embauche ou en aval dans leurs carrières. De même, neuf ouvriers (qualifiés et professionnels) sur dix (90%) connaissent la sécurité sociale³²⁴ contre un manœuvre sur dix (10%)³²⁵.

³¹³ Le coefficient de Pearson donne $r = 0,157$; $p < 0,001$.

³¹⁴ Les tests de Pearson indiquent $r = -0,241$; $p = 0,012$.

³¹⁵ Voir Tableau 45 en annexe II-2.

³¹⁶ La dépendance est significative. $\text{Chi}^2 = 12,578$; $\text{ddl} = 3$; $1-p = 99,40\%$.

³¹⁷ Voir Tableau 44 en annexe II-2.

³¹⁸ La dépendance est significative. $\text{Chi}^2 = 9,478$; $\text{ddl} = 2$; $1-p = 99,10\%$

³¹⁹ La dépendance est significative. $\text{Chi}^2 = 3,545$; $\text{ddl} = 1$; $1-p = 96,40\%$

³²⁰ Voir Tableau 46 en annexe II-2.

³²¹ Voir Tableau 49 en annexe II-2.

³²² La dépendance est significative. $\text{Chi}^2 = 7,71$, $\text{ddl} = 2$, $1-p = 97,88\%$.

³²³ Voir entretien avec M.T. cadre à la CSS en annexe I-2.

³²⁴ Voir Tableau 47 en annexe II-2.

³²⁵ La dépendance est significative. $\text{Chi}^2 = 4,24$, $\text{ddl} = 1$, $1-p = 96,05\%$.

On peut faire l'hypothèse que les ouvriers qualifiés ont durant leurs formations été informés sur la protection sociale et les structures qui lui sont dédiées.

Par contre, le métier de manœuvre ne demande pas souvent une formation. Par conséquent, les personnes qui exercent à ce niveau n'ont pratiquement aucune connaissance du système de sécurité sociale car ce sont des journaliers, prestataires de services souvent sans couverture sociale.

Enfin, les travailleurs exerçant dans la phase de construction (les maçons, les carreleurs, les menuisiers, les ferrailleurs) sont les plus nombreux (70%) à connaître la sécurité sociale³²⁶ comparée à ceux qui interviennent en phase de finition (13%) ou de maintenance (17%)³²⁷. On peut estimer que ces ouvriers spécialisés en phase de construction exercent des métiers très à risques d'accidents ou de maladies professionnelles et donc cherchent à s'informer sur les structures de protection sociale.

En somme, la sécurité sociale n'est pas connue de tous les ouvriers. Le taux de connaissance varie selon l'entreprise, le statut du travailleur et le niveau d'études. Cette situation peut être expliquée par un déficit d'informations au niveau des ouvriers. En effet, seules 36% des personnes interrogées affirment avoir été informées sur l'assurance sociale contre 64% qui ne le sont pas³²⁸. Le manque d'informations peut donc avoir des incidences sur le taux d'affiliation ou de couverture sociale.

Un peu plus loin, nous essayerons d'expliquer les facteurs déterminants à la souscription à une assurance sociale.

Auparavant, il est important d'étudier la prise en charge du risque santé par les structures assurantielles afin de mieux appréhender le fonctionnement de la protection sociale au Sénégal. L'intérêt d'une telle démarche est d'analyser le fonctionnement du système car en étudiant les risques couverts, les bénéficiaires, la contribution sociale (cotisation) et la satisfaction par rapport aux prestations, il est possible de trouver les raisons qui peuvent expliquer la souscription ou non à une police d'assurance maladie.

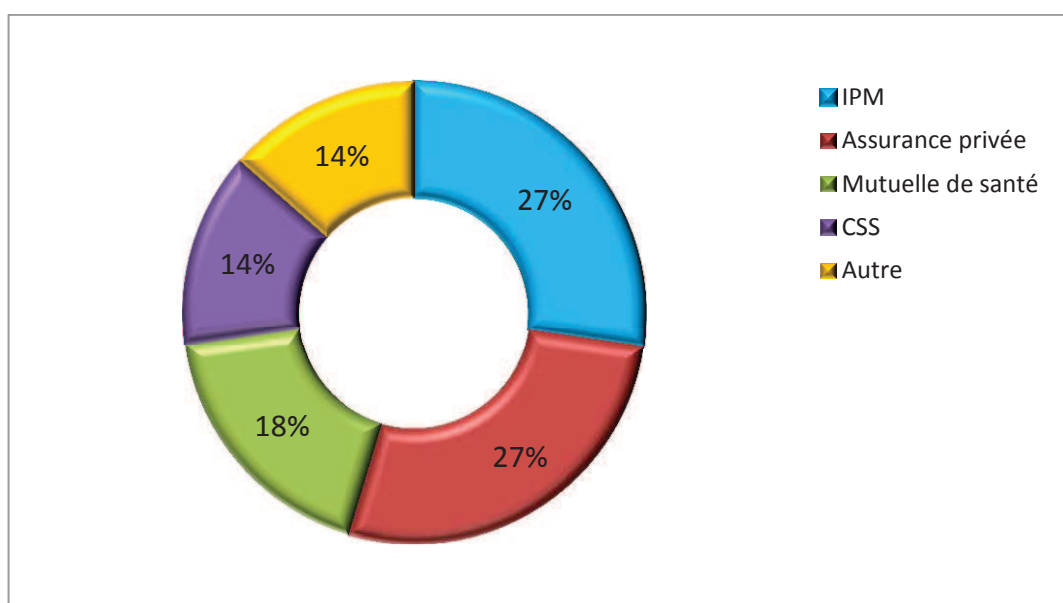
D'abord, concernant la souscription, les données de l'enquête montrent que les assurés adhèrent à différentes structures sociales publiques et privées. Sur les 27 ouvriers assurés, 14% d'entre eux sont inscrits à la Caisse de Sécurité Sociale et 18% aux mutuelles de santé et 27% sont affiliés à une IPM.

³²⁶ Voir Tableau 48 en annexe II-2.

³²⁷ La dépendance est peu significative. $\chi^2 = 5,87$, ddl = 2, 1-p = 95%.

³²⁸ Résultats obtenus sur un échantillon de 531 ouvriers.

Graphique 39 : Répartition de l'échantillon selon la police d'assurance sociale



Source : PSOBD (2010)

Ces statistiques montrent, d'une part qu'en matière de protection sociale, les ouvriers souscrivent majoritairement (45%) aux assurances commerciales (mutuelles de santé et assurances privées) et d'autre part, la faiblesse de l'adhésion au niveau de la Caisse de Sécurité Sociale (CSS) et aux Institutions de Prévoyance Maladie (41%) qui sont pourtant censées gérer le risque santé au travail. L'importance de la souscription au privé s'explique par l'inefficacité du système de prévoyance santé professionnelle et le dynamisme de la mutualité et surtout des sociétés commerciales. En effet, à côté des caisses publiques de prévoyance sociale, les structures privées offrent une protection sociale à travers un paquet de produits connu sous le nom d'assurance vie et couvrant aussi bien le risque vieillesse que le risque santé. Ces sociétés, à travers une stratégie marketing assez développée, démarchent les entreprises en leur proposant un taux très « attractif » pour ce qui concerne la réparation et/ou le remboursement des frais de santé de leurs personnels comme l'explique le président de la coordination des IPM du Sénégal.

L'employeur n'hésite pas à souscrire à une assurance privée d'autant plus que ces assureurs ont une stratégie marketing très forte. Ils vous diront que généralement les IPM prennent en charge à hauteur de 40% ou 50% et nous vous prenons en charge à 80%. On vous fait miroiter des choses et vous signez et applaudissez. Il m'est souvent arrivé de recevoir des employeurs mais je leur disais toujours que ce qu'ils font est irrégulier puisque l'IPM est le régime de base, mais ils me disent oui que les taux de prise en charge au niveau des maladies sont très faibles et nous on veut une bonne couverture pour notre personnel. Je leur demande quel est le taux de prise en charge que propose l'assurance, ils me disent que l'assurance leur propose un taux de 80% par rapport à l'IPM qui propose 50% il y a une grande différence. (M. F. président de la coordination des IPM du Sénégal)

Source : PSOBD (2010)

La conséquence est que les entreprises et les prestataires de soins souscrivent à une police d'assurance maladie privée. L'extrait d'entretien suivant montre clairement à travers le discours d'un médecin que certains professionnels de santé préfèrent traiter les clients qui ont une assurance santé.

Personnellement, je préfère travailler avec les personnes assurées si l'assurance joue le jeu évidemment parce que je suis sûr que je vais être payé dans les 45 jours. Par exemple, les gens d'AXA assurance, je les prends volontiers parce que je sais qu'au bout de 30 jours ils vont m'appeler pour me donner mon chèque. NSIA aussi, avant ça n'allait pas mais actuellement ça va, ils sont en train de respecter les 2 mois, mais quasiment moi, s'il ne s'en tenait qu'à moi, je travaillerai à 99,99% qu'avec les assurés privés parce que je sais que je vais être payé et les tarifs sont mieux avec eux. (Dr ND. médecin contractant avec les assurances sociales)

Source : PSOBD (2010)

Toutefois, les sociétés privées n'ont pas le droit d'intervenir dans l'assurance de base des travailleurs qui reste réservée aux institutions de prévoyance sociale³²⁹. Au mieux, ils peuvent offrir des produits ou des prestations dans le complémentaire.

³²⁹ Loi n° 75-50 du 03 Avril 1975 relative aux institutions de Prévoyance Sociale.

Néanmoins, les IPM à cause de problèmes de financement et de gestion connaissent de difficultés tandis que la CSS a du mal à gérer l'évasion sociale (nombre de personnes non inscrites) et de recouvrer les cotisations sociales (salariales et patronales).

S'agissant de la participation au financement de l'assurance maladie, les données de l'enquête indiquent que l'ouvrier y contribue grâce à un prélèvement sur son salaire ou à des cotisations individuelles et volontaires. Il est de loin le premier financier de sa couverture sociale avec un taux de 59% de personnes affirmant contribuer seules au financement de leur assurance maladie. En outre, 32% des ouvriers affirment que l'employeur prend en charge totalement les frais liés à la cotisation pour la couverture sociale de l'ouvrier. Enfin, 9% des personnes interrogées affirment que la cotisation est répartie entre eux et leur employeur.

Pour mieux comprendre ces différents taux, il faut rappeler que les cotisations sociales au niveau des structures de prévoyance sociale se font à travers une contribution obligatoire à la fois des employeurs et des salariés suivant un taux prédéfini. Ce sont des contributions dites sociales qui participent au financement du régime de sécurité sociale (régime de base). De plus, les travailleurs peuvent souscrire à des polices d'assurances complémentaires au niveau des assurances privées et des mutuelles de santé pour prendre en charge certains risques individuels et familiaux.

La participation au niveau de ces structures est volontaire et n'engage souvent que le travailleur. Mais, si ce dernier n'arrive pas à bénéficier d'une couverture maladie à travers son emploi pour diverses raisons, il peut adhérer à une structure privée et prendre en charge entièrement les frais personnels ou familiaux de soins par exemple car la protection sociale concerne à la fois l'ouvrier et sa famille (épouse-s-et descendants). En effet, les travailleurs peuvent faire bénéficier leur souscription à leurs familles et proches en adhérant à une structure d'assurance sociale selon des termes définis (taux de cotisation, produits souscrits, plafond).

Ensuite, pour ce qui concerne cette étude, nous avons cherché à voir si la famille ou le ménage bénéficie de l'assurance sociale de l'ouvrier car nous avons précédemment vu que le ménage est une charge assez lourde pour ce dernier puisqu'il est non seulement le premier financier mais aussi le principal responsable en matière de soins dans le ménage.

Ainsi, prendre en compte la couverture sociale familiale permet de mieux analyser les besoins et la prise en charge du risque maladie dans son ensemble par l'ouvrier.

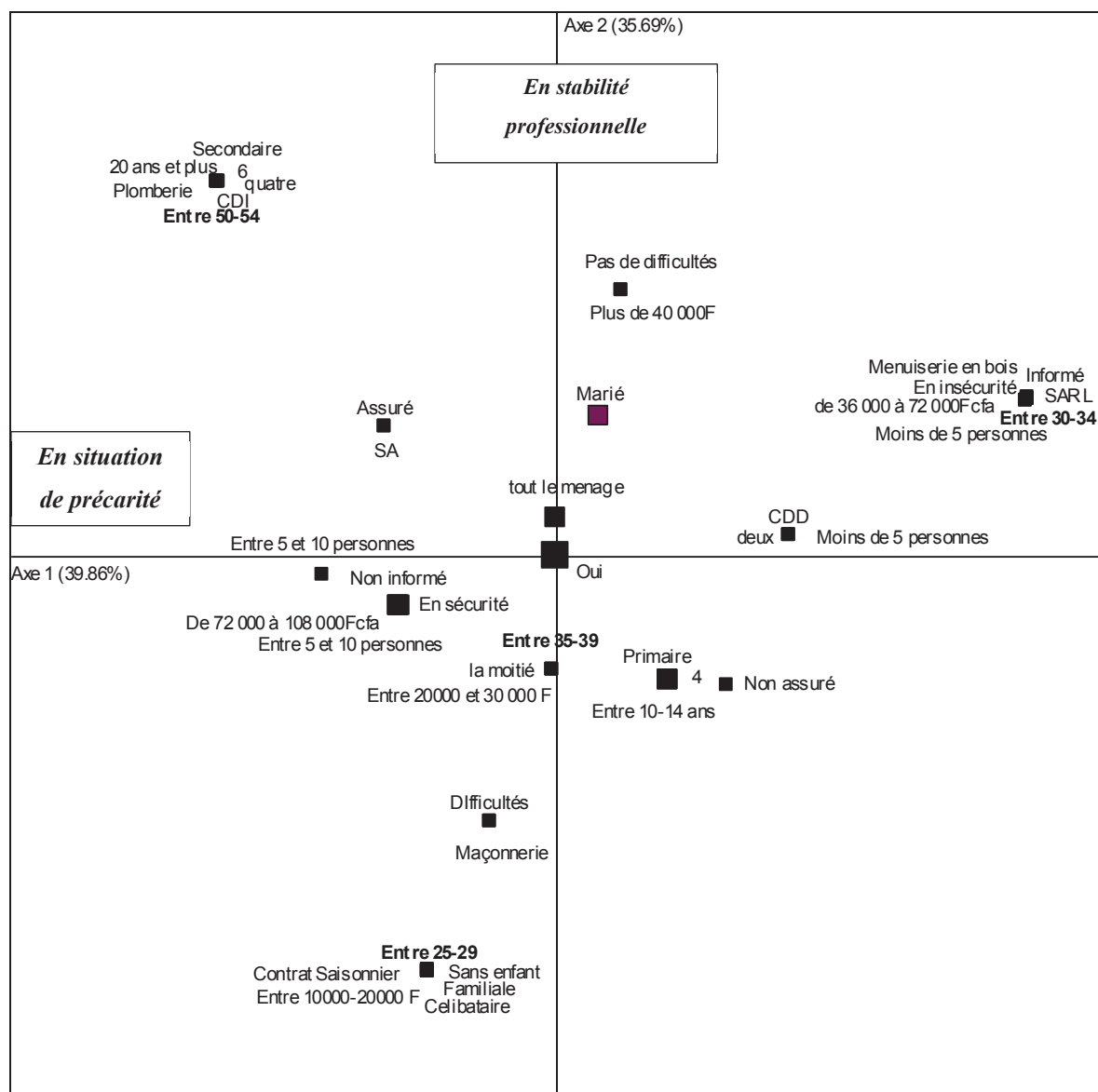
Dans ce cadre, les données de l'enquête montrent que la famille ou le ménage est plus ou moins concerné par la couverture sociale de l'ouvrier selon que l'ouvrier est couvert ou pas. La famille de l'ouvrier est directement concernée par l'assurance maladie car lorsque l'ouvrier souscrit à une police d'assurance, il peut faire bénéficier ses enfants, sa femme et parfois même certains membres de son ménage.

D'ailleurs, si les assurances privées commerciales et les mutuelles de santé ont pu entrer dans le marché de l'assurance maladie, c'est en partie du fait qu'ils ont pu offrir une couverture assez élargie aux travailleurs en faisant bénéficier le maximum de personnes. Par exemple, l'adhésion à une mutuelle de santé d'une personne ouvre le droit de prestations à 10 autres. Qu'est ce qui peut expliquer une telle faiblesse de couverture ? Quel est le profil type de l'ouvrier qui adhère à une assurance ?

Pour répondre à ces questionnements, nous allons nous intéresser à l'emploi (activité, statut, contrat) des personnes enquêtées en mettant en exergue les facteurs les plus discriminants.

La carte factorielle suivante (graphique 40) permet d'expliquer les relations au sein de l'échantillon. Dans ce graphique on observe d'un côté les facteurs de stabilité (axe 2), c'est-à-dire les éléments objectifs qui sont associés à la souscription à une assurance santé et de l'autre côté les facteurs de précarité (axe 1) qui sont associés à la non souscription à une assurance.

Graphique 40 : Analyse des correspondances multiples : la carte factorielle³³⁰



Source : PSODB (2010)

³³⁰ La carte montre les positions des 44 modalités. 75, 5% de la variance (inertie) est expliquée par les deux axes représentés (l'axe 1 explique 40% et l'axe 2 est égal à 36%). Les non-réponses ont été ignorées. 78 modalités n'ont pas été prises en compte (effectif nul).

Une lecture attentive du graphique 40 permet de voir que les personnes assurées sont celles qui ont une situation stable dans leur emploi (axe 1). Ce sont des ouvriers qualifiés, expérimentés (plus de 20 ans d'activité), vivant dans une grande famille (environ 10 personnes), ayant un niveau d'étude moyen en général supérieur à l'ensemble. Ils ont un revenu moyen équivalent à 3 fois le SMIG (165 euros) et travaillent dans des grandes entreprises privées avec souvent un contrat à durée indéterminée. Leurs revenus leur permettent d'échapper aux difficultés économiques et financières dans le ménage.

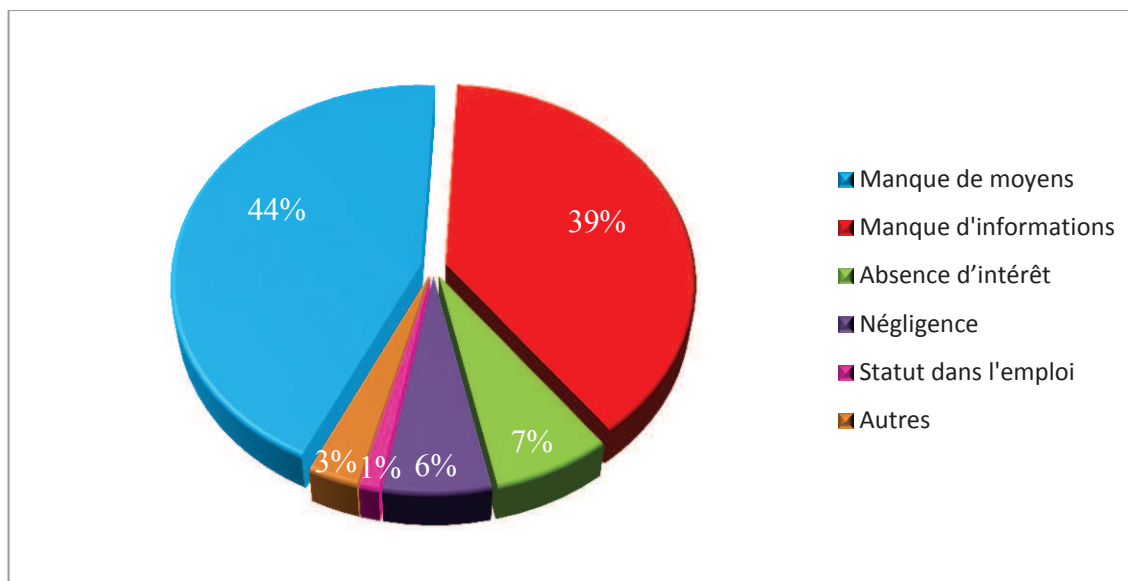
Par contre, les ouvriers qui sont dans une situation de précarité professionnelle et sociale (axe 1) ne souscrivent pas à une assurance santé. Il s'agit des manœuvres de moins de 40 ans qui exercent des métiers pénibles comme la maçonnerie. Ils ont un niveau d'études généralement faible (primaire), exercent dans des petites unités familiales (moins de 15 ans d'activité) avec un statut précaire (contrat à durée déterminée, contrat saisonnier) et un revenu inférieur ou égal à 2 fois le SMIG (110 euros). Ce groupe comprend des célibataires et des jeunes mariés (avec ou sans enfants) qui affirment rencontrer des difficultés pour l'entretien économique du ménage et ont dépensé peu en santé (entre 10 000 et 30 000 FCFA soit 15 et 45 euros) dans les trois derniers mois. Cette carte est importante pour comprendre les facteurs qui influent sur la couverture maladie dans le BTP car elle montre que l'assurance santé est déterminée par l'activité, l'emploi, l'entreprise et les facteurs sociodémographiques.

Cependant, selon le statut de l'ouvrier, le taux d'affiliation à une assurance santé n'est pas le même. Les employés (65%) adhèrent plus que les prestataires de services (27%)³³¹

Dans le bâtiment, les raisons objectives de la non souscription à une assurance sont multiples ; Elles peuvent se résumer aux difficultés de financement, à l'évasion sociale et au non-respect de la réglementation en matière de sécurité sociale au travail. Par contre les raisons subjectives de la non affiliation concernent généralement le manque de moyens, d'information, la façon de fonctionner des structures de prévoyance sociale et une certaine attitude par rapport à l'assurance (négligence, manque d'intérêt, problème de confiance), comme le montre le diagramme en secteurs suivant.

³³¹ Voir le tableau 51 en annexe II-2 pour les valeurs indiquées. La dépendance est très significative : $\chi^2 = 51,658$, ddl = 4, 1-p = 99,99%. (Voir tableau 107 en annexe II-3).

Graphique 41 : Répartition de l'échantillon selon les raisons de la non affiliation à une structure d'assurance sociale.



Source : PSOBD (2010)

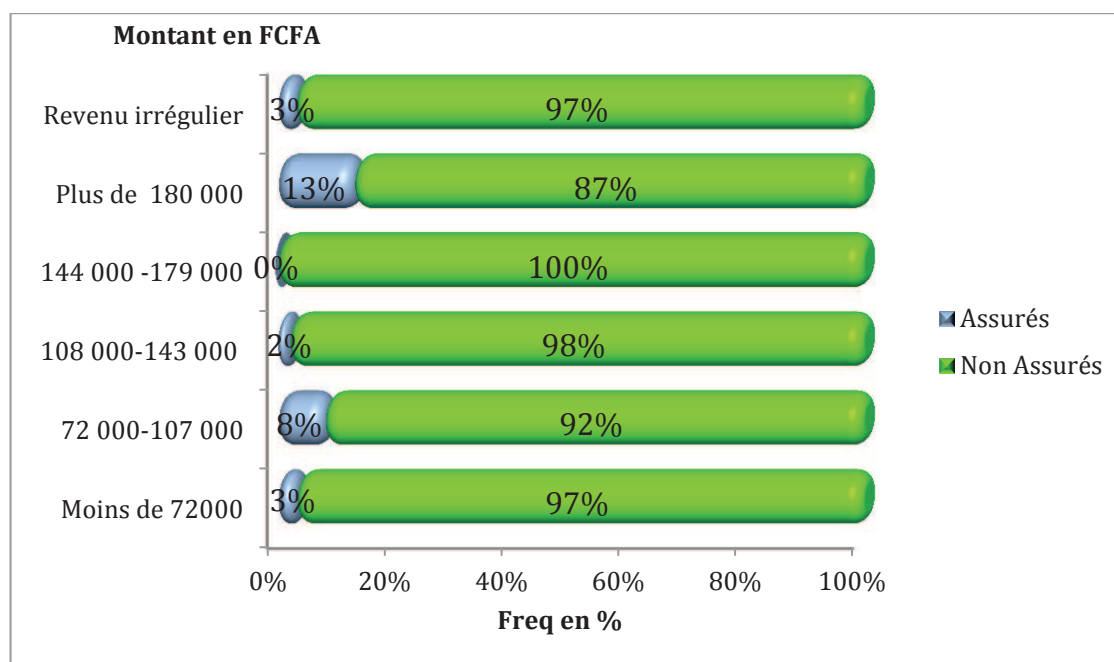
Le graphique précédent informe qu'environ 44% des ouvriers enquêtés justifient leur non souscription par le déficit d'informations sur la sécurité sociale et 40% par le manque de moyens financiers et économiques. Ces deux facteurs sont considérés par environ 84% des répondants comme une contrainte à leur couverture santé.

En comparant les données subjectives des résultats de la carte factorielle, on découvre que les ouvriers non assurés se disent suffisamment informés à la sécurité sociale au travail mais ont des revenus mensuels inférieurs à ceux qui sont assurés. Doit-on affirmer pour autant que les ouvriers qui ont plus de revenus souscrivent à une assurance santé ? Pour répondre à cette question, nous allons nous intéresser au revenu des ouvriers selon la couverture santé.

La représentation graphique ci-après montre que le taux de non assurance dépasse partout les 96% sauf pour ceux qui gagnent plus de 180 000 FCFA (plus de 275 euros)³³². Autrement dit, les revenus sont si bas que seuls ceux qui gagnent plus de 5 fois le SMIG peuvent payer une assurance.

³³² Ce résultat est significatif dans notre échantillon puisque le test de Khi-deux donne : $\chi^2 = 13,808$, ddl = 6, 1-p = 96,4%. (Voir tableau 91 en annexe II-3).

Graphique 42 : Représentation de l'échantillon selon le revenu (en FCFA) et l'adhésion à une police d'assurance maladie³³³



Source : PSOBD (2010)

La couverture santé est avant tout une initiative de l'État et de l'employeur. Le premier détermine la sécurité sociale au travail et le second applique les lois et les textes qui régissent la santé en milieu professionnel.

Lors de l'enquête de terrain, nous avons observé que les ouvriers assurés le sont en majorité parce que leurs entreprises offrent une couverture santé systématique dès l'embauche. Toutefois, seules les grandes entreprises ou les entreprises publiques respectent ce principe. Les autres, soit récupèrent les cotisations sociales sans les reverser, soit ne s'inscrivent pas dans le système de sécurité sociale ou ne disposent pas du tout de système prévoyance santé.

S'agissant du parcours de soins, les structures d'assurance maladie imposent souvent aux travailleurs et à leurs familles de respecter une certaine procédure pour bénéficier des prestations auxquelles ils ont souscrits.

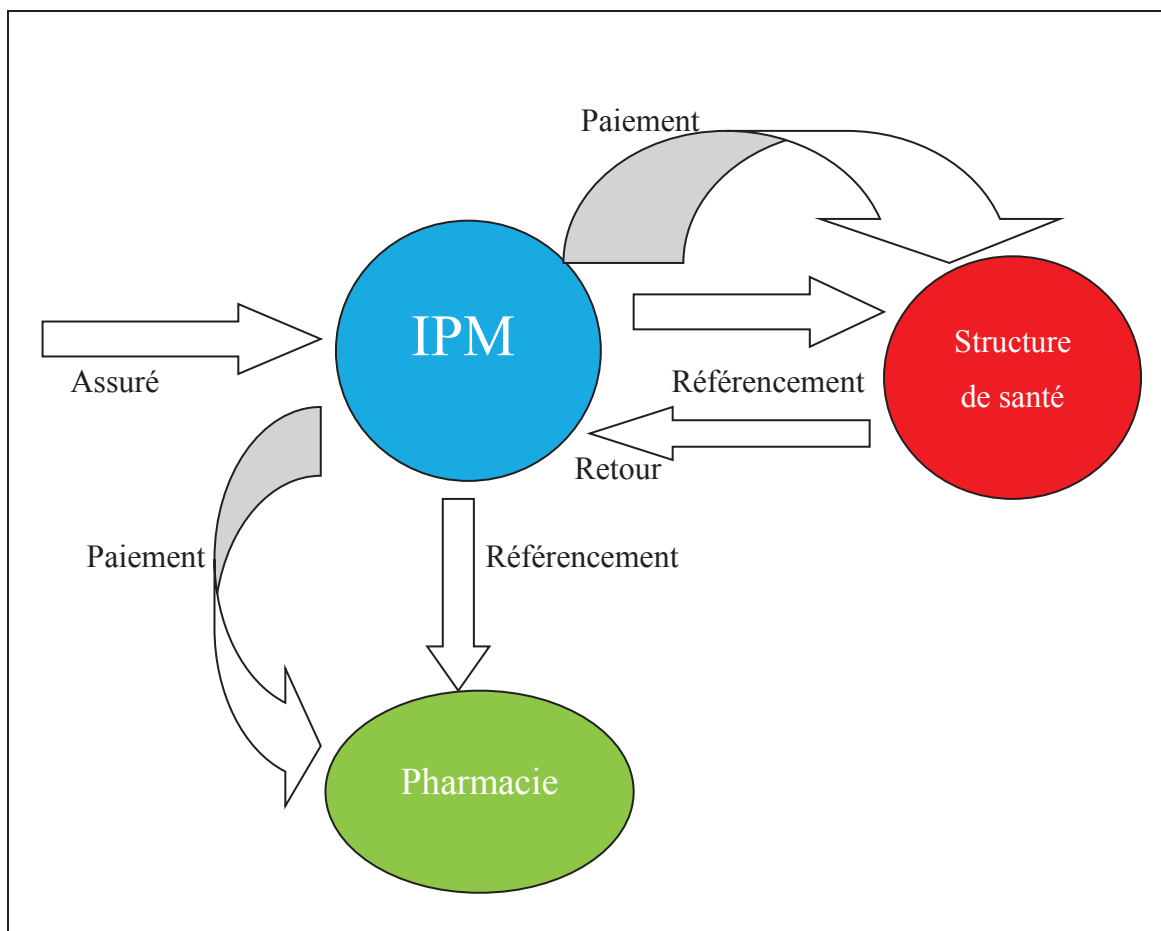
³³³ Les valeurs du graphique sont les pourcentages en ligne établis sur 524 citations.

Cette procédure consiste à indiquer les différentes démarches à accomplir par le patient pour valider sa prise en charge par les structures d'assurance. Elle a l'avantage de faciliter un bon suivi des bénéficiaires, un contrôle des prestations et une prévention de possibles dysfonctionnements du système.

En ce qui concerne le parcours de soins dans le cadre des IPM, la procédure est simple et se résume à un va et vient entre l'IPM et les structures de soins.

Dans le schéma suivant (figure 5), nous représentons ce parcours en mettant en relief les relations entre l'assuré, l'IPM et les structures de soins.

Figure 5 : Le parcours de soins dans le cadre de l'assurance par IPM



Source : PSOBD (2010)

Les propos suivants de ce directeur des ressources humaines permettent de comprendre facilement le parcours de soins et les différents acteurs impliqués ou concernés.

Dès qu'un travailleur tombe malade, il a un carnet ou livret d'IPM dans lequel il y a sa photo, les photos de sa femme et des enfants, (...). L'agent malade va donc à l'IPM et le gérant remplit, l'affecte par rapport à son lieu de résidence vers une structure sanitaire parce que les IPM ont des agréments au niveau des diverses structures sanitaires. Donc l'agent est affecté au médecin agréé le plus proche, qui l'ausculte, lui prescrit des médicaments. Ensuite, il revient au niveau de l'IPM, le gérant remplit et l'affecte au niveau de la pharmacie agréée la plus proche. Pendant tout ce cursus, l'agent ne déboursa que pour son transport, pour les déplacements, mais pas pour acheter les médicaments ou bien pour une couverture médicale. Après toutes ces prestations, la pharmacie fait la facture mensuelle des différentes prestations fournies avec les numéros de factures. Le gérant de l'IPM sait que chaque numéro a été affecté à un agent. Aussi, le médecin qui a fait ses consultations aussi envoie ses factures et l'IPM paie. (B.L. chef du personnel dans une entreprise de BTP à Dakar)

Source : PSOBD (2010)

Le discours laisse apparaître le rôle central de l'IPM qui ordonne les soins et paie les frais générés tout au long du parcours. En outre, des mesures sont prises pour éviter les prestations abusives et le recours à la fraude. Cependant, malgré l'institutionnalisation de ce parcours de soins, le système connaît des dysfonctionnements et des fraudes massives de la part des travailleurs, des responsables d'IPM et des prestataires de soins selon les différents entretiens avec les acteurs de la sécurité sociale et des travailleurs. Par ailleurs, il est important de souligner dans le cadre de ce parcours la présence de ticket modérateur et le recouvrement différé des frais de soins. En effet, le système d'assurance par les IPM est un système très social, en ce sens qu'il a introduit le ticket modérateur au premier franc permettant au patient de bénéficier de soins sans rien payer. Par contre, la part non prise en charge par l'IPM (50%) est recouvrée dans la durée grâce à un prélèvement mensuel sur le salaire du travailleur. L'avantage d'une telle mesure est de permettre à l'ouvrier de mieux supporter les frais en charge car un prélèvement global et instantané peut contribuer à déséquilibrer son portefeuille, le fragiliser et le plonger dans la précarité.

CONCLUSION

En définitive, les besoins de santé sont importants dans les ménages d'ouvriers à Dakar. Ces derniers sont le principaux financeurs de la santé de la famille. Ils contribuent aux frais d'hospitalisation, d'analyses, de soins et d'achat de médicaments. Toutefois, les dépenses en santé varient selon la taille du ménage, l'état de santé et la souscription à une assurance. En cas de difficultés de financement, les ouvriers ont recours à l'endettement et au soutien des réseaux familiaux et sociaux.

Par ailleurs, le taux de souscription à une assurance est assez faible (moins de 5%) et les raisons sont à la fois financières (faiblesse de revenus), structurelles et professionnelles (non-respect de la loi en matière de prévoyance santé, absence de sanction et de contrôles publiques). Mais le facteur qui influence le plus la souscription à une assurance et le financement de la santé reste le facteur économique car les ouvriers ont des charges importantes dans le ménage alors que leurs revenus sont souvent insuffisants.

Enfin, la souscription à une assurance suppose que les ouvriers soient informés de l'existence de structures sociales mais aussi de la nature des prestations. Or dans cette thèse, nous découvrons que le niveau de connaissance ou d'information sur la sécurité sociale est assez variable. Cela dépend du niveau d'études, du statut du travail, du type d'entreprise, etc. Les ouvriers à faible niveau d'études (primaire) ou instruits à l'école coranique, souvent sans enfants ainsi que les manœuvres ou les ouvriers travaillant dans les entreprises familiales ne connaissent pas la sécurité sociale. Ce déficit d'informations (sur la sécurité sociale et les prestations) peut être de nature à influencer le taux de couverture sociale dans le milieu du travail.

Dans le chapitre suivant nous tenterons d'appréhender l'évolution de l'assurance dans une perspective de couverture universelle. Autrement dit d'analyser facteurs qui peuvent influencer l'extension de l'assurance maladie à tous au Sénégal.

CHAPITRE IX : L'ASSURANCE MALADIE AU SENEGAL: QUELLES PERSPECTIVES?

L'analyse du régime sénégalais d'assurance maladie a permis de montrer que pour des raisons multiples, le système connaît des limites malgré l'arsenal juridique et réglementaire qui fonde sa structuration, encadre son fonctionnement et son évolution. Toutefois, en raison de la persistance des risques et l'importance des besoins en matière de couverture maladie, les pouvoirs publics et les partenaires sociaux sont conscients de la nécessité d'œuvrer au développement de l'assurance maladie au travail en la rendant plus efficace, plus accessible et équitable. Ainsi, pour répondre à ces exigences, le modèle sénégalais d'assurance maladie doit s'adapter en offrant un nouveau cadre juridique, économique et social capable de répondre aux besoins des travailleurs et des populations.

Ce chapitre tente d'analyser le cadre d'évolution des assurances santé en montrant les multiples réformes indispensables au système pour participer efficacement à l'extension de la protection sociale au Sénégal dans le cadre de la couverture maladie universelle.

IX-1-Quelle politique d'assurance maladie au Sénégal?

Le régime sénégalais d'assurance maladie est en vigueur depuis plusieurs décennies à travers les lois sur la prise en charge des fonctionnaires, la prévoyance sociale et la mutualité santé. Ces différentes structures offrent une couverture maladie à des milliers de Sénégalais malgré de nombreux dysfonctionnements observés en ce qui concerne leur structuration, leur financement et leur gestion. Toutefois, au regard de la faiblesse de la couverture santé et de l'importance des besoins de protection, il semble indispensable de se pencher sur les stratégies et les politiques publiques en matière d'assurance maladie.

IX-1- 1- Analyse perspective de la mise en place d'une couverture maladie universelle au Sénégal

Comme dans la plupart des pays africains et du tiers monde, le taux de couverture maladie au Sénégal reste assez faible. En moyenne, il tourne autour de 20% avec une forte inégalité entre les individus, les groupes et les classes sociales. Ainsi, l'assurance maladie est un luxe pour de nombreux Sénégalais qui pourtant vivent au quotidien des risques de toutes sortes. Néanmoins, ces dernières années, l'État a lancé une stratégie nationale de protection sociale dont l'objectif est d'étendre à court terme la couverture maladie à 50% de la population à l'horizon 2015 et à long terme d'assurer à la population une couverture santé universelle. Cependant, l'extension de la protection sociale n'est pas une chose facile car c'est un long processus qui est continuellement influencé par des facteurs économiques, politiques et sociaux non négligeables (Beattie, 2000).

La couverture maladie universelle (CMU) veut dire que tous les citoyens bénéficient d'une assurance risque santé (prévention, traitement, réadaptation), quelles que soient leur catégorie sociale ou la nature et le taux de prise en charge. Cela suppose un accès équitable aux structures de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ainsi, en toute circonstance lorsqu'un citoyen tombe malade, il pourrait bénéficier d'une prise en charge de l'ensemble du parcours de soins sans payer les prestations ou du moins y contribuer de façon assez minime ; le reste des dépenses étant pris en charge par un organisme d'assurance maladie ou l'État. Seulement, « parvenir à la couverture universelle n'est pas un processus facile : les pays qui ont un système de couverture universelle ont souvent mis des dizaines d'années à le mettre en œuvre » (Carrin & James, 2006, p. 458).

Par exemple, le système allemand (institué en 1884) a été construit sur plus de cent ans tandis que la France a mis un demi-siècle (1945-2000) pour arriver à une CMU. Malgré l'effort des pouvoirs publics français en ce qui concerne l'assurance de base, il y a encore des milliers de personnes qui ne bénéficient pas d'une couverture totale parce que ne réunissant pas les conditions requises, par exemple pour une couverture complémentaire (Fontanel, Grivel, & Saintoyant, 2006). Or la CMU suppose que toutes les populations bénéficient d'une assurance maladie totale c'est-à-dire couvrant l'ensemble des besoins en santé.

De plus, la couverture maladie à 100% de la population, 100% des coûts et 100% des services offerts n'est pas toujours possible à causes des inégalités dues au revenu³³⁴, au statut, à l'origine sociale ou à des facteurs, tels que la nature du régime d'assurance sociale, l'accès à l'information ou la politique sociale de l'État.

En bref, la couverture maladie universelle est un processus qui demande beaucoup d'attention et d'implication de la part des différents acteurs car son financement, son organisation et sa gestion sont influencés par des facteurs économiques, sociaux et politiques (Carrin & James, 2005) qui peuvent avoir des incidences sur la perception des citoyens envers le système (légitimité) mais aussi perturber la cohésion sociale.

Par ailleurs, depuis les années 1990, le Sénégal est dans une logique d'assurance universelle avec la création et la promotion de la micro assurance santé par le biais de la mutualité, les tentatives d'extension de la sécurité sociale dans l'informel et l'élaboration de la stratégie nationale de la protection sociale. Cependant, en raison du coût très élevé du financement de la CMU, le pays doit choisir quelle forme donner à sa stratégie et à sa politique d'extension de la sécurité sociale.

IX- 1-2-L'assurance maladie professionnelle dans le cadre d'une couverture maladie universelle : régime général ou régime spécifique?

Le régime sénégalais d'assurance maladie est un système discriminant créé pour les travailleurs et leurs familles pour leur assurer une prise en charge en cas de problèmes de santé ou de diminution de revenus pour cause de vieillesse. Le système couvre actuellement moins de 10% des travailleurs et environ 20% de la population. De nombreux dysfonctionnements sont constatés parmi lesquels le problème de financement et d'autonomie, l'inadéquation du cadre juridique et législatif, l'absence de structure de régulation ou de coordination et un problème de gouvernance (Sarr, 2009). Dans ce contexte, même si certaines structures continuent encore à exister et à fonctionner, il faut dire que l'assurance professionnelle, par exemple, est dans l'impasse car même les institutions qui fonctionnent normalement en ce moment sont appelées à connaître des difficultés parce qu'en réalité la plupart des difficultés sont inhérentes au système. Cela pose la question du choix de stratégies en ce qui concerne la couverture

³³⁴ Selon, l'enquête décennale Santé réalisée par l'Insee entre octobre 2002 et mars 2003 auprès de 16 800 ménages, soit plus de 40 000 individus, la couverture santé dépend entre autre du niveau de vie des personnes et des ménages. En effet, plus le niveau de vie de leur ménage est faible, plus les individus se trouvent sans complémentaire santé. Voir l'article de Marical de Saint Pol. « La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités ». Dans : *INSEE Première* n° 1142, juin 2007.

maladie universelle parce que mettre en place un système universel, c'est s'engager dans un processus d'extension de la sécurité sociale dont les contours et les formes peuvent varier d'un pays à l'autre d'une civilisation à une autre.

Généralement, comme l'écrit Wouter Van Ginneken, il existe trois manières principales d'étendre la sécurité sociale : étendre l'assurance sociale légale, étendre la couverture par des systèmes communautaires et promouvoir les prestations sociales financées par l'impôt aux groupes pauvres et vulnérables (Van Ginneken, 2005).

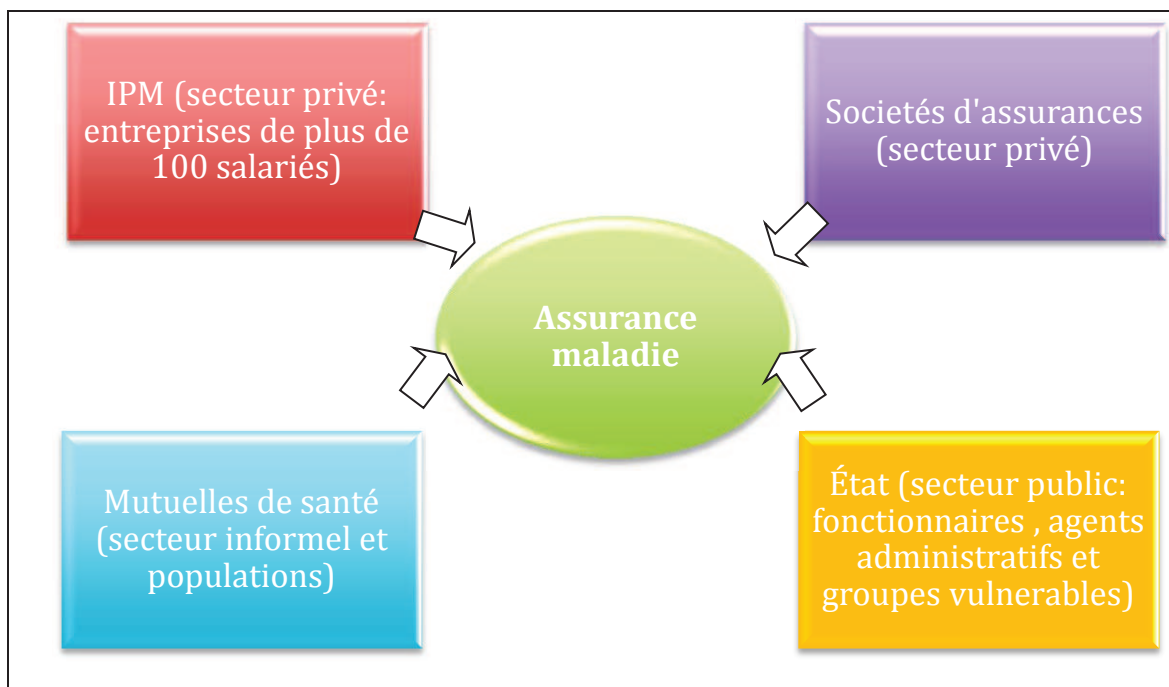
Ces trois stratégies permettent toutes d'étendre la couverture santé mais elles montrent des limites lorsqu'elles sont isolées ou non suffisamment soutenues par l'État. Ainsi, pour plus d'efficacité, il est indispensable de les inclure dans une stratégie nationale d'extension de la sécurité sociale. En effet, l'élaboration d'un système de couverture maladie universelle demande une stratégie globale incluant des dispositions relatives à la nature du régime, le taux de prise en charge et le mode de financement.

Pour ce qui concerne la nature de la CMU, le Sénégal a dès le départ opté pour un système hétérogène avec une couverture par secteur (public et privé) ou par catégorie (fonctionnaires, salariés) avec un accompagnement de l'État et surtout une responsabilisation des entreprises et des travailleurs. En effet, le régime sénégalais d'assurance maladie a commencé en 1961 avec la prise en charge des agents de l'administration publique, puis en 1975 avec la création des IPM pour le privé, ensuite avec la création des mutuelles de santé communautaires pour les populations à faibles revenus, enfin avec la couverture de certains travailleurs de l'informel. Cette stratégie révèle que l'État a choisi de procéder par étapes et par catégories cibles avec une priorité accordée aux salariés et à leurs familles.

Ce choix, que l'on pourrait qualifier de raisonné (sur les plans politiques et économiques), répond à des interrogations relatives au financement et à l'offre de soins car ces dernières décennies, le Sénégal a connu des problèmes économiques et financiers qui ne lui permettaient pas de financer une politique d'assurance maladie universelle publique.

En outre, en créant les IPM pour le secteur privé, les pouvoirs publics comptent toucher une large part des populations car l'assurance du travailleur bénéficie à tous les membres de la famille. Enfin, les mutuelles de santé viennent compléter le schéma en couvrant les catégories exclues des systèmes en vigueur.

Figure 6 : Structuration de l'assurance maladie au Sénégal



Source : PSOBD (2010)

Normalement, avec ces trois régimes d'assurance, le Sénégal devrait atteindre une couverture universelle, mais compte tenu des dysfonctionnements observés au niveau des IPM et le manque de dynamisme des mutuelles de santé, le taux de couverture reste faible.

Ainsi, la question qui se pose est de savoir quelle stratégie mettre en œuvre pour permettre à tous les Sénégalais de bénéficier d'une assurance santé. Autrement dit, faut-il partir des catégories socio-professionnelles pour arriver progressivement à la couverture universelle ou bien créer un nouveau régime d'assurance maladie de type beveridgien qui prendrait en charge tous les citoyens sans distinction ou discrimination aucune ? Dans le cas sénégalais, deux solutions sont possibles : créer une institution nationale d'assurance maladie ou conserver et améliorer les institutions existantes. Toutefois, le modèle beveridgien est difficile à instaurer en raison de l'évasion fiscale, de la pauvreté et de la faiblesse économique de l'État. Ainsi, une couverture maladie universelle dans le contexte sénégalais suppose une assurance par groupes ou catégories à travers les structures existantes avec une possibilité d'accès à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Au préalable, il est indispensable de procéder à une unification du système en mettant en place une structure fédératrice qui regroupe et coordonne les activités de toutes les institutions de prévoyance santé.

Ces dernières sont chargées d'apporter une couverture contre le risque santé aux travailleurs et aux populations quels que soient leurs secteurs d'activités ou leurs classes sociales.

Toutefois, chaque institution, de par sa nature et ses moyens, a son champ d'action et une population cible. Ainsi, l'État offre une couverture de 80% aux fonctionnaires en ce qui concerne les frais d'hospitalisation, de traitements, d'examens et d'analyses ; les IPM se chargent de la prévoyance santé dans le secteur privé en couvrant les travailleurs et leurs familles. En revanche, les mutuelles de santé sont créées pour offrir une assurance maladie aux travailleurs du secteur informel et à toutes les personnes qui ne peuvent pas bénéficier de la couverture publique ou de celle offerte par les IPM. Cette pluralité institutionnelle constitue un véritable obstacle au développement de l'assurance maladie au Sénégal car en agissant chacun de son côté, les institutions d'assurance se retrouvent isolées les unes des autres avec pas ou peu de possibilités de solidarité, de communication et d'efficacité. Par exemple, actuellement chaque organisme négocie et conventionne seul avec les prestataires de soins et les pharmacies. Par ailleurs, en cas de difficultés économiques, financières ou judiciaires, il n'y a pas de cadre légal permettant de faire appel au concours des autres organisations assurantielles³³⁵. Il y a donc nécessité de créer une structure fédératrice dont le rôle est de coordonner les actions des institutions, d'offrir un cadre de solidarité économique et juridique, d'assainir le secteur et de veiller à la pérennité du système.

IX-1-3- Les mutuelles de santé : un moyen d'extension de la couverture sociale ?

L'expérience mutualiste a véritablement débuté au Sénégal dans les années 1990 avec la création des premières mutuelles de santé communautaires dans la région de Thiès dont l'objectif est de jouer le rôle d'alternative à la sécurité sociale pour les exclus du système légal. L'initiative se fonde sur un ensemble d'atouts qu'offre la mise en commun des risques santé mais aussi sur les habitudes et comportements mutualistes déjà présents dans l'esprit collectif des populations à travers les tontines (Kane, 2010) et les mutuelles d'épargne et de crédit de type communautaire.

³³⁵ La coordination des IPM du Sénégal et l'Amicale des Gérants d'IPM (AGIS) essayent de jouer le rôle d'institution fédératrice et de syndicat mais leurs champs d'action et leurs moyens sont limités.

Actuellement au Sénégal, les mutuelles de santé sont à la fois des régimes de base et des régimes complémentaires. En effet, les mutuelles « au premier franc » ou communautaires offrent des prestations pour une prise en charge des besoins essentiels en matière de santé. C'est avant tout un régime de base pour les populations cibles car ces dernières ne sont couvertes par aucune structure assurantielle. On retrouve ce modèle dans les zones rurales et dans les quartiers des banlieues populaires (mutuelles communautaires) ou dans le secteur informel (mutuelles professionnelles).

Par ailleurs, les mutuelles de santé sont positionnées dans le complémentaire et offrent des produits insuffisamment pris en charge par l'assurance de base. Ce sont en général des associations formées par des groupes professionnels ou des coopératives dans les PME/PMI qui remboursent la part non prise en charge par l'assurance de base. Par exemple, en ce qui concerne les fonctionnaires, l'État offre une couverture maladie à un taux de 80% des frais d'hospitalisations, de consultations, d'examens et d'analyses mais ne prend pas en charge les médicaments. Ainsi, pour une couverture complète, certains fonctionnaires et agents de l'État adhèrent à des mutuelles de santé pour prendre en charge à la fois les 20% restants et l'achat des médicaments. Dans les deux cas, les mutuelles de santé sont devenues des structures indispensables dans le système de protection sociale car elles permettent d'offrir une couverture maladie à de nombreuses personnes et ménages qui n'ont pas suffisamment de moyens pour souscrire à une assurance privée ou ne remplissent pas les conditions pour bénéficier du système de sécurité sociale.

Aujourd'hui, dans le cadre de l'extension de la protection sociale, les organismes de complémentaire santé sont des acteurs de premier ordre car elles offrent presque les mêmes prestations et à des coûts moins élevés mais aussi parce qu'elles permettent d'offrir une couverture maladie à toutes les catégories sociales exclues par le système de sécurité sociale moderne.

L'analyse du tableau 19 suivant permet de voir que la mutualité santé dispose d'un ensemble d'atouts et d'opportunités qui devraient lui permettre de jouer un rôle considérable en matière de couverture sanitaire au Sénégal. Cependant, après plus de vingt ans d'activités, la mutualité santé peine à se développer et à jouer pleinement son rôle. Les raisons de ce faible taux de pénétration sont difficiles à mettre en évidence. Néanmoins, deux choses sont souvent invoquées pour expliquer ce phénomène : la pauvreté des populations cibles et la nature des prestations.

Tableau 19 : Etat de lieux des mutuelles de santé au Sénégal

Environnement interne	
Forces	Faiblesses
-Autonomie en matière de décision et de gestion - Accessibilité financière en matière de cotisations -Efficience dans la mobilisation des ressources financières -Simplicité des modalités de prise en charge -Implication et gestion participative des membres (approche populaire) -Conventions avec des nombreux prestataires de soins de proximité	-Faible pénétration des populations cibles -Faiblesse de la capacité contributive des membres, surtout dans les mutuelles communautaires -Faiblesse de la formation en gestion administrative et financière -Problème d'accès à toute la pyramide sanitaire -Inadéquation du panier de risques avec les besoins des populations -Pauvreté des catégories cibles
Environnement externe	
Opportunités	Menaces
-Forte culture de solidarité dans la société -Existence de plusieurs structures d'appui au développement des mutuelles de santé. -Existence d'initiatives fédératives au niveau régional ou départemental (Dakar, Thiès, Kaffrine) - Forte potentialité d'extension à cause de la faiblesse de couverture sociale nationale	-Faiblesse de l'appui de l'État au développement des mutuelles de santé -Insuffisance de l'environnement juridique du développement des mutuelles de santé -Absence d'une politique de contractualisation entre les mutuelles de santé et les prestataires de soins -Déficit de culture d'assurance dans la société

Source : PSOBD (2010)

En ce qui concerne la pauvreté des catégories cibles, il faut rappeler que la majorité des mutuelles sont communautaires et/ou villageoises. Elles sont implantées dans les régions ou dans les quartiers populaires de la banlieue dakaroise où la pauvreté et la précarité sont fréquentes. En effet, les populations sont confrontées à une insuffisance des revenus, à des difficultés en matière d'alimentation, de logement, de transport et à des problèmes d'accès aux infrastructures sociales de base; ce qui fait que les catégories cibles ont des difficultés à s'acquitter des cotisations. Néanmoins, l'argument reste insuffisant en raison de l'accessibilité financière de ces structures car pour la majorité des mutuelles communautaires les montants de cotisations varient entre 100 FCFA et 200 FCFA (0,15 et 0,30 euro) mensuels par adhérent et/ou par bénéficiaire. Avec cette somme, les membres ont accès à une prise en charge au niveau des structures de santé de proximité et des pharmacies. Ainsi, l'argument de la pauvreté n'est pas suffisant pour expliquer le manque de dynamisme de la mutualité et le faible taux d'adhésion des populations.

Par ailleurs, certains analystes pensent que le développement de ces institutions est plutôt freiné par la nature et le niveau des prestations offertes (Yoboue, 2002). En effet, dans la plupart des mutuelles de santé, l'offre d'assurance concerne les soins et les traitements à faible coût. Les mutuelles de santé ne couvrent, dans sept cas sur dix, que les petits risques au niveau des structures de santé de proximité et non l'hospitalisation (Baumann, 2005, p. 11). Or au niveau de ces structures, existe déjà une politique sociale publique d'accès aux soins définie avec l'initiative de Bamako qui propose des prestations à un coût très acceptable, mais qui se limite toutefois aux soins de santé primaires. Pourtant, les besoins en matière de santé sont assez importants chez les populations et peuvent concerner des pathologies dont la prise en charge doit s'effectuer à un niveau supérieur comme les hôpitaux. Ainsi, en proposant une couverture maladie à la base avec des produits déjà accessibles, les mutuelles n'attirent pas des clients car l'offre ne correspond pas souvent aux besoins des populations. Alors, comment amener les populations à adhérer à ces structures d'assurance santé ? Les mutuelles peuvent-elles être le socle d'une couverture maladie universelle ? Ces questions sont au centre de toutes les préoccupations des pouvoirs publics et des partenaires économiques et sociaux. En effet, certains spécialistes pensent que le chemin qui mène à une couverture maladie universelle doit nécessairement passer par les assurances communautaires (Schremmer, 2009).

Cette idée trouve sa justification dans l'approche plus sociale et solidaire de la mutualité, sur les atouts et l'expérience de ces institutions en matière d'assurance maladie. En effet, après plus de vingt ans d'activités, les mutuelles, guidées par un esprit de solidarité et une approche populaire³³⁶ ont réussi à s'implanter dans tous les milieux (rural et urbain). Aujourd'hui, il existe des centaines de mutuelles³³⁷ qui offrent pratiquement des produits d'assurance identiques aux autres concurrents (IPM) même si la plupart d'entre elles limitent leurs garanties aux structures primaires de soins.

Tableau 20 : Comparaison entre les IPM et les Mutuelles de santé

Caractéristiques	Institutions de Prévoyance Maladie (IPM)	Mutuelles de santé communautaires
Logique de fonctionnement	Répartition	Répartition
Population cible	Travailleurs du privé et familles (époux-ses et enfants)	Travailleurs du secteur informel et populations
Adhésion	Obligatoire	Volontaire
Couverture	Partielle (Maladie non professionnelle)	Totale (risque santé)
Accès à la pyramide sanitaire	Total (tous les niveaux de soins et les cabinets privés)	Partiel (district sanitaire et hôpitaux régionaux)
Type de régime	Régime de base	Régime de base et régime complémentaire
Financement	Entreprises et employés	Populations
Taux de cotisation	Moyen (à partir de 1800 FCFA) (environ 2,75 euros)	Faible à moyen (100 FCFA-2000 FCFA) (environ 0,15 euros et 3 euros)

Source : PSOBD (2010)

³³⁶ Les mutuelles se sont appuyées dès le départ sur les associations populaires et communautaires (associations sportives et culturelles, tontines) notamment en milieu rural et dans les banlieues.

³³⁷ En 2003, le Ministère de la santé a dénombré 136 mutuelles de santé au Sénégal.

En organisant ces mutuelles en réseau, l'État peut s'appuyer sur leurs expériences et leurs acquis pour vulgariser l'assurance maladie et atteindre la couverture universelle (Ron, 2010,). L'expérience de la mutuelle PAMECAS³³⁸ a montré qu'il est possible de fédérer plusieurs caisses d'assurances pour former une caisse unique avec des résultats encourageants. En effet, il existait une dizaine de caisses au sein du réseau UM PAMECAS qui proposaient chacune une assurance santé, mais devant le succès de ces structures et la demande de plus en plus importante des populations en matière de couverture maladie, les dirigeants de l'institution ont créé un système autonome destiné à coordonner l'assurance maladie des différentes caisses. Aujourd'hui, le produit micro-assurance santé est installé dans chaque caisse de base du réseau à Dakar et dans la région de Thiès (Kane, 2010) Néanmoins, si ce projet a pu se réaliser très vite c'est parce que l'UM PAMECAS a tenté l'expérience de coupler la mutualité santé à la mutualité d'épargne et de crédit en partant de l'hypothèse selon laquelle les membres d'institutions de micro finance qui, à travers un esprit de solidarité, mettent leurs revenus en commun pour créer des richesses, peuvent accepter l'idée de solidarité en matière d'assurance maladie en s'acquittant d'une cotisation pour prévenir et traiter les risques liés à la santé. Ainsi, il est possible d'une part d'offrir une assurance aux membres des structures de micro finance et d'autre part, de permettre aux membres de mutuelles de santé de disposer de crédits pour créer des richesses. L'avantage d'une telle initiative est la disponibilité d'une clientèle déjà connue qui a les moyens de cotiser et qui a une culture de l'épargne et de la redistribution. En outre, la cotisation est tirée directement du compte, ce qui évite les retards de cotisation et l'évasion sociale due à des difficultés de cotisation ou à des négligences. En revanche, cette stratégie est limitée par le fait que la cible est assez réduite car elle n'est constituée que des clients de ces structures et de leurs familles.

Toutefois, ce succès de MS-PAMECAS montre que la mutualité santé peut être le départ pour une CMU. Mais, il faut que les mutuelles travaillent avec l'État ou soient soutenues par les collectivités locales. En effet, dans le cadre de la stratégie d'extension

³³⁸ L'Union des Mutuelles du Partenariat pour la Mobilisation de l'Épargne et le Crédit au Sénégal (UM PAMECAS) est un réseau mutualiste créé dans les années 1990 qui comprend aujourd'hui 36 mutuelles d'Épargne et de Crédit réparties dans 58 agences au Sénégal. L'institution qui, au départ, est destinée à la micro finance (épargne et crédit) fonctionne actuellement comme une banque classique avec tous les produits (épargne, domiciliation de salaires, crédit, transfert d'argent). Par ailleurs, en plus du métier de finance, PAMECAS s'est lancée dans la mutualité santé avec une offre en protection médicale et de prise en charge des soins de santé primaires aux membres.

de la couverture maladie, certains spécialistes ont émis l'idée de faire des mutuelles de santé le socle de la couverture maladie universelle (Bruno Boidin, 2012).

Les tenants de cette thèse pensent que l'État doit faire passer ses politiques sociales de santé et de protection sociale (gratuité, subventions) par les mutuelles qui vont gérer la couverture maladie des citoyens. L'idée est de subordonner l'accès aux soins à l'adhésion à une mutuelle qui serait une sorte de caisse primaire d'assurance maladie comme l'explique ce fonctionnaire spécialiste de la mutualité santé au ministère de la santé.

Au lieu que l'État paie directement les structures sanitaires, l'État va faire passer cette politique de gratuité par les mutuelles de santé. Par exemple, une personne âgée qui va bénéficier de soins gratuits, on va l'inscrire à une mutuelle de santé et c'est maintenant la mutuelle de santé qui gère ces prestations. Donc si cette personne âgée consomme des prestations au niveau d'une structure sanitaire, cette dernière envoie la facture à la mutuelle de santé et à travers la subvention allouée par l'État, la mutuelle va payer. (MB. S. fonctionnaire au ministère de la santé)

Source : PSOBD (2010)

Ainsi, il faut donc permettre aux adhérents des mutuelles d'accéder à tous les échelons de soins grâce à l'intervention de l'État qui va subventionner les cotisations et les soins dans les structures sanitaires encore inaccessibles pour les populations à faibles revenus. Cette stratégie est certes innovatrice dans le contexte sénégalais, mais elle s'apparente beaucoup aux régimes d'assurance maladie de certains pays comme la France. Or la branche maladie de la sécurité sociale française est actuellement assez critiquée parce qu'elle est très coûteuse et déficitaire³³⁹. En outre, le caractère volontaire de l'adhésion aux mutuelles de santé peut constituer un obstacle à une telle stratégie car les personnes sont libres d'adhérer ou pas à une mutuelle. En revanche, en conditionnant tout traitement ou soin dans les structures sanitaires à l'adhésion à une mutuelle,

³³⁹ Le déficit de la sécurité sociale française est estimé à 23,5 milliards d'euros en 2009, à 30,6 milliards en 2010 à 21,4 milliards d'euros en 2011 et 19,3 milliards en 2012. Voir *le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale: résultats 2011 et prévisions 2012 et 2013* consulté le 22 février 2013 sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000534/0000.pdf>

les pouvoirs publics peuvent contribuer au développement et au renforcement des mutuelles dans le cadre d'une couverture maladie universelle.

En somme, la mutualité santé, grâce à son expérience, est un outil intéressant sur lequel peut se construire une stratégie globale de couverture maladie (CMU). Toutefois, comme les IPM, les mutuelles de santé sont dispersées et isolées les unes des autres. Il n'existe pas de cadre de référence pour harmoniser les cotisations et les prises en charges, ce qui pose le problème du financement et même de la survie des mutuelles.

Toutefois, grâce à leur approche populaire et communautaire et à leur expérience, les mutuelles de santé sont incontournables dans toute stratégie d'extension de couverture maladie aux catégories les plus défavorisées. Une bonne réorganisation du système, un renforcement des capacités des dirigeants de mutuelles, une stratégie de sensibilisation et une volonté politique permettront aux mutuelles d'être plus dynamiques et même d'être le socle d'une politique de couverture maladie universelle efficace et durable. Seulement, toute stratégie qui veut placer les mutuelles à la base de la CMU doit prendre en compte la situation économique et sociale du pays, les besoins en santé, le manque de culture d'assurance et enrichir le *package* (paquet) de produits tout en étant accessible.

Au total, le Sénégal avec les IPM, les mutuelles de santé et les assurances commerciales dispose d'un dispositif permettant l'extension de la couverture maladie (Yapi, 2005) et pourrait arriver à une couverture universelle. Toutefois, à cause des multiples dysfonctionnements, le taux d'assurance santé reste encore assez faible, même si de nombreuses initiatives sont mises en œuvre pour l'extension de la couverture maladie à toutes les couches sociales et à tous les niveaux.

IX-2-La problématique du financement de l'assurance maladie au Sénégal dans le cadre d'une CMU

La problématique du financement de l'assurance maladie se pose dans presque tous les pays, quel que soit le niveau de développement ou le type de régime, car la couverture maladie universelle suppose l'existence d'un financement, des structures d'assurance pour la gestion du risque et des structures sanitaires avec des ressources humaines capables de répondre aux besoins en matière de traitements ou de soins.

En ce qui concerne les structures d'assurance, il faut qu'elles soient capables de collecter des fonds, de les regrouper (mise en commun des ressources), de les répartir et d'acheter des produits (prestations) adaptés et efficaces³⁴⁰. L'idée est que chacun cotise à hauteur de ses moyens (et non de ses besoins) et que la redistribution soit fonction des besoins de chacun. S'agissant du mode de financement, il faut que les mécanismes soient capables de rembourser les frais de soins et de pérenniser la prise en charge des citoyens.

IX-2-1-Le coût d'une couverture maladie universelle

Mettre en place une CMU demande des moyens financiers qui permettent de préfinancer ou de rembourser les soins des populations car la santé a un coût et celui-ci peut contribuer à déséquilibrer les finances publiques ou les revenus des ménages. Or l'assurance maladie vise avant tout à protéger les populations des risques de santé (maladie et accidents) mais aussi des risques financiers liés à des dépenses de soins.

Au Sénégal, les dépenses de santé sont considérables et chaque secteur contribue au financement du système par des prélèvements et des cotisations ou par des paiements directs chez les prestataires de soins.

Tableau 21 : Sources et montants de financement de la santé (2005)³⁴¹

Sources de financements	Montant (milliards de FCFA)	Montant (millions d'euros)
Fonds publics (Ministères, collectivités locales, CSS, IPRES, entreprises publiques)	91,4	139,3
Fonds privés (IPM, mutuelles, ménages, entreprises)	109,4	166,8
Autres fonds (aides internationales, ONG, immigrés)	53,4	81,4
TOTAL	254,2	387,5

Sources : MSP : CNS (2005)

³⁴⁰ Guy Carrin, Chris Jams, David Evans (2006). Op. cit., p.150.

³⁴¹ Le montant global de financement en 2005 est estimé à 387 526 000 euros dont environ 140 millions d'euros d'investissements publics et 167 millions de la part du privé.

Les dépenses de santé permettent de mesurer le coût de l'assurance santé universelle car toutes les dépenses dans ce domaine doivent être considérées et prises en charge par les institutions d'assurance. En outre, ces dépenses sont susceptibles d'augmenter en raison des prix des nouvelles prestations dues à l'avancée de la médecine ou de la surconsommation médicale résultant de comportements stratégiques des prestataires de soins ou des assurés appelés « risque moral » (Geoffard, 2000). Ce dernier est un facteur « très redouté » par les pouvoirs publics et les institutions d'assurance puisqu'il influence de façon très significative la consommation médicale individuelle (Zweifel & Manning, 2000) et de ce fait contribue à augmenter le coût de l'assurance maladie ou à creuser le déficit de la sécurité sociale (Caussat & Glaude, 1993). Ainsi, l'OMS à travers une étude réalisée dans 49 pays à faible revenu estime qu'un pays devrait dépenser en moyenne 44 dollars américains en 2009 et plus de 60 dollars en 2015 par personne pour atteindre une couverture maladie universelle (Étienne & al, 2010).

Au Sénégal, la dépense nationale de santé par tête est de 42 dollars américains et devrait donc pouvoir financer une couverture maladie universelle³⁴². Cependant, le coût d'une couverture universelle varie selon les pays, la morbidité, le niveau de protection, les services offerts, le coût des soins et de la consommation médicale individuelle (les soins curatifs et préventifs, les médicaments, l'imagerie et les analyses).

De façon générale, la consommation résulte de la dégradation de l'état de santé et du recours à la médecine moderne. Au Sénégal, le montant de cette consommation est d'environ 167 milliards de FCFA (environ 255 millions d'euros) en 2005, soit plus de 65% de la dépense nationale de santé. Quels sont les déterminants à la consommation médicale? Cette consommation a-t-elle un impact sur l'offre de soins?

Les facteurs qui influencent la consommation médicale sont nombreux mais les plus importants sont la morbidité (état de santé), l'âge, les comportements et habitudes de vie, l'hygiène, la relation avec les structures de soins, la conception et le comportement face à la maladie, l'offre de soins... Toutefois, ces différents éléments n'ont pas le même impact en termes de consommation médicale car en réalité le recours aux soins dépend du système en place et des besoins de santé.

³⁴² Source : Ministère de la santé et de la prévention. *Comptes Nationaux de la santé* (2005).

La consommation médicale individuelle est un bon instrument d'analyse des besoins en matière de santé et du coût d'une assurance maladie car dans le cas d'une couverture santé, la consommation peut augmenter de façon considérable en raison de la gratuité ou de l'accessibilité des soins et des médicaments à moindre coût.

Cependant, elle ne permet pas d'appréhender de façon exhaustive les besoins réels car il y a beaucoup de personnes qui renoncent aux soins modernes pour des raisons diverses (négligence, pauvreté, non disponibilité des soins) ou d'autres qui utilisent des méthodes thérapeutiques traditionnelles. Ainsi, il faut nécessairement analyser globalement tous les besoins de santé et trouver des mécanismes de financement efficaces et durables qui permettent de supporter ce coût lié à la consommation médicale individuelle dans le but de minimiser les risques financiers liés à la couverture universelle de santé.

Au Sénégal, la non-prise en compte de tous ces facteurs a été l'une des limites du *Plan sésame* parce que l'État n'a pas suffisamment mesuré les besoins de santé des seniors et l'insuffisance des ressources financières, humaines et matérielles pour leur assurance. En effet, avec la gratuité des soins on assiste à un afflux massif des personnes du troisième âge (60 ans et plus) or les structures ne disposent pas de ressources humaines et matérielles adéquates. Ainsi, le pays ne compte actuellement que cinq gériatres et seuls deux centres médicaux sont spécialisés en gériatrie. De plus, l'État n'a pas mis en place un fonds pour garantir leur couverture santé d'où le déséquilibre observé entre les ressources consacrées au préfinancement et les dépenses liées à la consommation médicale. Par exemple dans le tableau 22 ci-après on observe qu'en 2009, la dette des hôpitaux publics représente 96,5% de la dette totale avec 2 325 181 596 FCFA (environ 3,5 million euros).

Tableau 22 : Financement de la santé en 2009

Structures	Montant reçu (FCFA)	Montant consommé (FCFA)	Dette (FCFA)
Hôpitaux publics	1 915 000 000	4 143 467 690	2 325 181 596
Centre National de Transfusion Sanguine	0	8 410 100	8 410 100
Pharmacie Nationale d'Approvisionnement	150 000 000	225 000 000	75 000 000
TOTAL	2 065 000 000	4 376 877 790	2 408 591 696

Source : MSP (2009)

Avec ces dysfonctionnements, l'État ne peut pas à lui seul payer ou rembourser les soins de toutes les personnes âgées car les dépenses sont considérables alors que les ressources allouées à l'assurance sont faibles, d'où l'augmentation des dettes au niveau de toutes les structures de prestation de santé et d'où la création d'une mutuelle de santé à l'IPRES³⁴³ en plus du centre médico-social créé en 1982 pour prendre en charge une partie des soins des retraités et réduire le déficit du *Plan sésame*.

Ainsi, il est important de mesurer les coûts de financement d'une assurance santé avant de l'engager car les dépenses de soins peuvent être très importantes en raison des besoins des catégories ou des groupes bénéficiaires.

IX-2-2-Quel mode de financement pour un régime sénégalais d'assurance maladie universelle?

Pour réaliser la couverture universelle, les pays ont besoin d'un mécanisme de financement solide qui permette aux populations d'accéder à tous les services de santé (prévention, traitement, rééducation) de façon efficiente et durable. En matière de financement, on a deux modes classiques que sont le financement par l'emploi (modèle bismarckien) et le financement par l'impôt (modèle beveridgien). Cependant, en fonction de la situation économique du pays, les gouvernements peuvent choisir le mode de financement le plus adapté. En effet, « un système basé sur l'impôt semblera très indiqué quand l'économie est solide et la croissance forte, car on peut alors compter durablement sur les finances publiques. Par contre, un système d'assurance maladie obligatoire semblera mieux convenir en période prolongée de restrictions budgétaires, car il permet de mettre d'autres acteurs à contribution et d'affecter d'emblée les ressources financières qui en résultent à la santé » (Carrin, James, & Evans, 2006, p. 156).

Les pays du Maghreb (Algérie, Tunisie) ou des États comme l'Afrique du sud le Rwanda, le Ghana ou le Gabon ont réussi à étendre leur couverture maladie au point d'atteindre bientôt la CMU. En revanche, la majeure partie des États peine à mettre sur pied une assurance maladie efficace et viable à cause des difficultés économiques et financières, de l'importance des dépenses de santé mais aussi de la pauvreté des populations.

³⁴³ Pour financer le système d'assurance maladie des personnes du troisième âge, l'État a convenu avec l'Association des retraités du Sénégal la ponction de 2% sur la pension de retraite des salariés.

Le Sénégal comme membre de l'OMS s'est engagé à « faire en sorte que les systèmes de financement de la santé prévoient le recours au paiement anticipé des cotisations financières pour les soins de santé en vue de répartir le risque sur l'ensemble de la population et d'éviter les dépenses de santé catastrophiques et la paupérisation de personnes ayant besoin de soins »³⁴⁴. Pour y arriver, il doit mobiliser les ressources humaines et financières dans la collecte et la redistribution des cotisations sociales.

De façon générale, en matière de financement de l'assurance maladie, la plupart des pays qui ont un système dynamique et solide ont recours à une triple contribution État-Entreprise-Population. Au Sénégal, ces trois acteurs ont investi environ 17 697 080 116 FCFA (environ 27 millions euros), en 2007 pour couvrir environ 2, 5 millions de personnes (20% de la population)³⁴⁵. Toutefois, pour bien comprendre les perspectives financières dans le cadre d'une CMU, il faut analyser les possibilités contributives et les limites de chaque catégorie.

Tout d'abord, le Sénégal connaît après plus de vingt ans d'ajustement et de rigueur budgétaire une situation économique et financière très fragile avec une balance commerciale déficitaire, un endettement intérieur et extérieur assez important, un produit intérieur brut faible, un taux d'investissement et d'épargne très faible. Le pays fait partie aujourd'hui « des pays pauvres très endettés à croissance économique faible » et ne peut à lui seul supporter toutes les dépenses publiques en raison de la faiblesse budgétaire et des coûts de certains investissements. Cette situation a conduit, ces dernières décennies, les pouvoirs publics à abandonner toute logique d'Etat-providence et à opter pour un désengagement progressif de l'État et une implication du privé pour financer certains investissements sociaux comme la santé qui ne mobilise que 9% du budget national, un taux qui est loin de la recommandation de 15% faite à Abuja en 2001 ou de certains pays africains qui sont dans une dynamique positive de mise en place d'une couverture santé universelle. Seulement, la santé a un coût et le seul investissement public ne permet pas de préfinancer ou de rembourser les soins de plus de douze millions de personnes. Il faut trouver d'autres mécanismes pour financer l'assurance maladie, par le moyen de l'impôt, de l'aide extérieure ou d'autres taxes de solidarité.

³⁴⁴ Résolution WHA58.33 de l'Organisation mondiale de la santé sur le financement durable de la santé, de la couverture universelle et de systèmes de sécurité sociale.

³⁴⁵ Source: MSP/CAFSP (2007).

En ce qui concerne la question fiscale, le Sénégal connaît de nombreuses difficultés pour recouvrer les taxes et impôts des personnes physiques et morales en raison de la faiblesse des revenus des populations, de l'informalité de certaines activités et unités de production et de l'absence de culture fiscale.

Pourtant, pour inciter les personnes physiques et morales à payer l'impôt, l'État a modifié la législation fiscale en simplifiant les procédures à travers la Contribution Globale Unique (CGU) et en diminuant le taux d'imposition pour les entreprises de 35% à 25%. Cependant, s'agissant des personnes physiques, la situation est plus complexe car au Sénégal l'impôt est déclaratif ou volontaire. C'est au contribuable de faire sa déclaration d'impôt auprès des autorités fiscales. Or en l'absence de contraintes et de sanctions, les populations n'effectuent pas souvent leurs déclarations d'impôts, ce qui pose une certaine difficulté pour la collecte des impôts et des cotisations sociales.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'aide extérieure, l'État peut compter sur des partenaires extérieurs (pays occidentaux, organismes internationaux, ressortissants à l'étranger) pour financer l'assurance maladie comme l'a fait le Rwanda avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Déjà avec le soutien extérieur, le Sénégal mobilise un tiers des ressources financières du système de santé. Cette aide, si elle est bien répartie et bien gérée, peut contribuer efficacement à financer l'assurance santé. Mais le problème avec l'aide extérieure est qu'elle dépend de plusieurs facteurs comme la situation économique mondiale, l'engagement des partenaires et le respect de certaines conditions (Mbengue C. T., 2010). En outre, un système de santé quel qu'il soit ne peut compter exclusivement sur l'extérieur, il faut impérativement exploiter les potentialités nationales publiques et privées en matière de financement pour bâtir un régime solide et durable.

Ensuite, le privé participe fortement au financement de la santé (43% de la dépense nationale de santé) à travers l'emploi et les ménages. En effet, le régime d'assurance maladie étant bâti autour de l'emploi, les chefs d'entreprise et les salariés sont les principaux financiers du système.

Ces derniers contribuent au financement de la Caisse de Sécurité Sociale, des IPM et même des assurances commerciales à travers les cotisations sociales obligatoires et de fonds d'assurance complémentaire.

Aujourd'hui, l'emploi est le principal moyen de s'assurer pour des milliers de Sénégalais car avec l'assurance professionnelle, certains travailleurs et leurs familles bénéficient d'une couverture santé par les moyens des IPM ou des assurances commerciales privées. Cependant, l'assurance santé par l'emploi reste problématique en raison de la nature des entreprises, de leur taille (PME) et de leur mode de fonctionnement (souvent informel). En outre, de nombreuses unités de production à cause de difficultés financières (des entreprises et des salariés) ou d'absence de contraintes se soustraient à la législation en matière de couverture de santé au travail, ce qui explique le faible taux de couverture maladie dans le monde professionnel.

Enfin, les ménages contribuent fortement au financement de la santé et de l'assurance maladie à travers le paiement direct au niveau des prestataires de soins ou par le biais des assurances et mutuelles de santé. En effet, en 2005, les ménages contribuaient au financement du système de santé et d'assurance à hauteur de 95,5 milliards de FCFA (environ 145 millions d'euros), dont 11% sont constitués de cotisations à des systèmes d'assurances et 89% de versements directs³⁴⁶.

Cette forte participation des ménages est la conséquence du désengagement de l'État pendant les périodes d'ajustement structurel et de la politique sanitaire issue de l'initiative de Bamako qui recommande la participation communautaire au financement des soins en Afrique (Gruénais, 2001).

Seulement, la contribution des personnes et des ménages constitue un facteur d'aggravation de la pauvreté car les revenus de ces derniers et leur capacité d'épargne sont souvent faibles alors que le coût des soins est de plus en plus inaccessible pour la majorité des Sénégalais qui vit au-dessous du seuil de pauvreté. En effet, les différentes enquêtes sur la pauvreté (ESAM et ESPS) montrent que plus de la moitié de la population vit des situations économiques difficiles aussi bien dans les centres urbains que dans les zones rurales. L'Enquête de Suivi de la pauvreté (ESPS-II 2011) révèle qu'environ la moitié des ménages s'estiment pauvres (48,6%) et plus d'un ménage sur deux (53,3%) pense que la situation économique s'est dégradée durant les douze derniers mois. De même, 37,4% les ménages estiment que dans les cinq prochaines années la pauvreté va augmenter dans leur communauté (Nalar & Manel, mai 2013).

Cette situation de pauvreté constitue non seulement un obstacle à l'accès aux services sociaux de base mais aussi à toute politique ou stratégie qui mise sur la contribution des

³⁴⁶ Source : Ministère de la Santé de la Prévention et de l'Hygiène Publique. *Comptes Nationaux de la Santé du Sénégal*. Dakar, MSPHP/CAFSP, 2005, p. 37.

ménages au financement d'un projet, d'un programme ou d'une stratégie nationale en matière d'assurance santé. Ainsi, les questions qui se posent pour l'État sont : Comment impliquer les ménages dans le financement de la CMU? Faut-il les exonérer totalement en ce qui concerne le financement du système ou bien solliciter une plus forte participation de leur part ?

Les réponses sont difficiles à apporter mais au regard des différents régimes d'assurance maladie des pays qui ont déjà réussi à mettre en place une CMU, il faut dire que les ménages et les personnes sont fortement sollicités pour le financement des systèmes par le moyen de l'impôt, de l'emploi ou même d'une participation directe à travers le ticket modérateur. Il est donc très difficile de mettre en place une assurance santé universelle sans les ménages qui restent les principaux bénéficiaires des prestations. Pour le cas du Sénégal, le financement d'un régime de CMU doit prendre en compte la pauvreté des ménages, les besoins en matière de santé et la faible culture d'assurance.

CONCLUSION

En définitive, le modèle d'assurance maladie créé à partir des années 1970 est un système bien structuré bâti autour de l'emploi. Il assure tous les risques classiques à l'exception de la maladie et du chômage. Le régime fonctionne selon le principe de répartition et de solidarité entre les membres bénéficiaires qui mettent en commun leurs ressources financières pour assurer la santé de leurs collègues et de leurs parents et familles. Aujourd'hui, après plus de trente-cinq ans d'expérience, le régime assurantiel est dans une dynamique d'extension pour atteindre la couverture universelle. Seulement, une analyse profonde du système permet de voir que la mise en place d'une CMU reste problématique car le modèle sénégalais d'assurance maladie connaît de multiples contraintes (économiques, financières, réglementaires, organisationnelles et managériales) qui freinent son efficacité, sa performance et menacent son existence. Ainsi, pour continuer de fonctionner, il est nécessaire de procéder à des réformes structurelles qui faciliteraient son fonctionnement et son financement.

CONCLUSION GENERALE

L'étude de la protection sociale en Afrique subsaharienne de manière générale et au Sénégal en particulier est très intéressante pour comprendre l'insécurité sociale dans le continent. Elle permet de voir que les modèles occidentaux ne s'appliquent pas réellement dans la plupart des pays. En effet, les régimes sociaux européens et nord-américains sont construits selon une trajectoire socio-historique fortement marquée par le marché et l'Etat-providence alors qu'en Afrique, on note une forte présence de la famille, de la communauté et des réseaux sociaux dans les systèmes de protection et de solidarité. En outre, la plupart des régimes de protection sociale actuels repose sur le salariat urbain, fonctionne selon le principe de contribution-rétribution et cultive les distinctions de statuts et la hiérarchie entre individus (Algan & Cahuc, 2007). Or en Afrique subsaharienne, le salariat est encore faible (Copans, 1987) et ne représente qu'une petite partie de l'activité économique ; la grande majorité de la population active exerce dans les secteurs primaire (agriculture, élevage) et informel (petit commerce, artisanat, services) et ne contribue pas au financement des régimes de protection sociale. Donc, les modèles fondés sur le principe de « je cotise, donc, je suis assuré » ne sont pas assez pertinents pour faire face aux besoins de sécurité et de protection sociale en Afrique au sud du Sahara. De plus, de nombreuses sociétés africaines n'ont pas atteint un degré de marchandisation semblable à celui des sociétés occidentales pour que les concepts de démarchandisation soient réellement applicables. De même, les régimes sociaux actuels africains sont assez récents (environ 50 ans) ; Ils sont en construction voire en extension et ne couvrent même pas tous les risques majeurs.

Depuis les années 1980, les trajectoires des régimes de protection sociale en Afrique sont perturbées par les crises économiques et les politiques d'ajustements structurels qui privilégient la « croissance économique à tout prix » au détriment des politiques sociales.

Actuellement, les gouvernements de nombreux États africains accordent une protection minimale dans les domaines jugés prioritaires comme la santé (maladie et accident de travail), la vieillesse (pension de retraite) ou la maternité (allocations familiales). Le choix de l'assurance santé obéit à des besoins en la matière, à des stratégies nationales mais aussi aux injonctions des organismes internationaux (OMS, BIT) qui promeuvent

la sécurité sociale en milieu de travail à travers la maîtrise des risques professionnels et de leur prise en charge.

Par ailleurs, en Afrique, les risques couverts et le degré d'exposition ne sont pas identiques. Souvent, les structures d'assurance sociale offrent une protection minimale et parfois non adaptée. Au Sénégal, le taux d'assurance maladie est très faible (moins de 10%). Cette réalité est confirmée par l'enquête de terrain que nous avons effectuée en 2010 dans le cadre de cette thèse auprès de 540 ouvriers du bâtiment. En effet, le taux de souscription à une assurance maladie par les ouvriers est d'environ 5%. Ce qui infirme notre hypothèse selon laquelle au regard des risques élevés d'accidents et de maladies dans le métier, tous les travailleurs du bâtiment à Dakar sont couverts par une assurance santé.

Le taux d'assurance dans le bâtiment dakarois est non seulement très faible au regard des risques dans ce métier (3500 accidents de travail en moyenne par année selon la Caisse de sécurité sociale), mais il est différent selon le type d'entreprise. En effet, il est largement plus important dans les grandes entreprises du BTP et les multinationales que dans les petites entreprises familiales. Les ouvriers sont donc vulnérables en cas d'accidents ou de maladies professionnelles. Or les petites unités familiales représentent plus de deux tiers des entreprises du BTP au Sénégal. Donc, le faible taux de couverture sociale dans ces structures expose une grande majorité d'ouvriers aux risques d'accidents et de maladies.

Pour autant la grande majorité d'ouvriers interrogés ont recours aux professionnels de santé pour se traiter ou soigner un membre de la famille en cas de maladies ou d'accidents. En effet, dans les trois mois qui ont précédé l'enquête, près d'un ouvrier sur deux (47 %) a payé des frais de santé dans les structures de soins. Toutefois, le recours à l'automédication (20%) ou à la médecine traditionnelle (10%) est encore considérable car la grande majorité des ouvriers (83%) ne renoncent pas aux soins. En revanche, les frais de santé sont à la charge de l'ouvrier (qu'il soit couvert par une assurance ou non) même si les non assurés dépensent plus en santé que ceux assurés. Cette différence suggère-t-elle que les ouvriers non assurés sont les plus exposés aux risques ?

En réalité, l'exposition aux risques dans les chantiers est assez élevée mais l'incidence sur la santé du travailleur du bâtiment varie selon l'utilisation d'un équipement individuel de protection (EIP). Or près d'un ouvrier sur deux ne dispose pas d'EIP.

Pourtant, les travailleurs ne sont pas réticents au port d'EIP puisque plus de 90% de ceux qui en disposent affirment les utiliser régulièrement dans leurs activités.

Le non usage d'EIP en cas de disponibilité est surtout lié à l'absence de contraintes et de contrôle de la part de l'employeur et des supérieurs hiérarchiques mais aussi et surtout à la relation aux risques et non à leur méconnaissance. Car, la grande majorité des ouvriers (87%) estime être bien informé des risques dans leur métier et leurs lieux de travail.

En revanche, plus des deux tiers (64%) n'ont pas été informés sur l'assurance sociale professionnelle et plus de la moitié des ouvriers enquêtés (54%) ignore réellement ce qu'est la sécurité sociale. D'ailleurs, près d'un ouvrier sur deux (44%) justifie la non souscription à une assurance par le déficit d'informations sur la sécurité sociale.

Les données de l'enquête indiquent que l'information sur l'assurance sociale dépend beaucoup du type d'études (école française ou coraniques), du niveau de scolarité (primaire, secondaire, supérieur), du statut professionnel (ouvriers qualifiés ou manœuvres) et du type d'entreprise (public, privé ou familial).

Toutefois, ce manque d'informations est-il suffisant pour expliquer l'absence de protection sociale dans le bâtiment à Dakar ? Comment expliquer alors le faible taux d'assurance santé dans le bâtiment malgré l'omniprésence des risques dans les différents corps de métier ?

Les réponses des ouvriers et l'analyse de l'emploi et des textes législatifs permettent d'affirmer que la non souscription obéit avant tout à des facteurs économiques et financiers. Environ quatre ouvriers sur dix (40%) justifient la non adhésion à une assurance santé par le manque de ressources financières. En fait, cette thèse révèle que l'adhésion n'est possible qu'à la tranche de revenus la plus élevée. Les ouvriers à faible revenu soit, s'endettent, soit ont recours aux cercles familiaux ou sociaux pour financer les soins de santé dans le ménage.

Il est important à ce niveau de rappeler que la prévoyance santé en milieu du travail est avant tout une initiative de l'État et de l'employeur. Le premier détermine la sécurité sociale au travail et le second applique les lois et les textes qui régissent la santé en milieu professionnel.

Lors de l'enquête de terrain, nous avons observé que les ouvriers assurés le sont en majorité parce que leurs entreprises offrent une couverture santé systématique dès leur recrutement. Cette couverture est souvent liée à l'existence d'un contrat de travail.

Toutefois, avec le faible taux de contractualisation (39%), et la précarité statutaire dans l'emploi (22% de CDI), les ouvriers se retrouvent très majoritairement (95%) en dehors du système de sécurité sociale. Ils souscrivent de façon individuelle et volontaire à une mutuelle de santé, négocient leurs soins avec l'employeur ou font appel aux réseaux sociaux pour payer les frais dans les structures sanitaires publiques. En bref, ils utilisent des stratégies individuelles pour faire face aux dépenses de santé.

Par ailleurs, l'un des facteurs qui expliquent cette faiblesse, voire cette absence, d'assurance santé est le dysfonctionnement du système de couverture santé. En effet, une analyse structurelle a permis de voir que les Institutions de Prévoyance Maladie connaissent des dysfonctionnements en matière d'organisation, de fonctionnement, de gestion et de ressources qui affectent leur efficacité. Ces dysfonctionnements permettent d'expliquer le faible taux de couverture, la nature des prestations, la solidité financière des IPM et surtout remet en cause le modèle sénégalais de prévoyance santé en milieu du travail.

En outre, l'État du Sénégal, en privilégiant « l'accès pour tous » aux soins de santé primaire à un faible coût dans les structures publiques (recommandations de Bamako) entrave le développement de l'assurance santé (IPM, mutuelles de santé) car les populations préfèrent se soigner en cas de besoins, au lieu de souscrire à une assurance qui coûterait plus chère que les frais réels de soins dans les centres de santé, les dispensaires ou les hôpitaux. Les ouvriers agissent donc, de façon tout à fait rationnelle en choisissant la solution à moindre coût.

Finalement, la diversité d'offres de soins par les différentes structures et la similitude des prestations (soins de santé primaire) influenceraient le taux de souscription à une assurance santé au Sénégal.

La conséquence est l'augmentation des risques et de la précarité en matière de couverture santé car la majorité des ouvriers est obligée de préfinancer ses soins ou bien de trouver des alternatives pour prendre en charge sa santé et celle de sa famille. Or comme l'ont démontré de nombreuses études, les dépenses de soins contribuent à affecter le niveau de vie des populations car les soins sont de plus en plus coûteux et les revenus faibles surtout en temps de crise économique.

D'ailleurs, l'étude de l'origine des dépenses de santé révèle que l'ouvrier du bâtiment est le principal financeur de sa santé et celle de son ménage (68%). Il tire l'essentiel de son revenu, de son emploi et en cas de difficultés, il fait appel à ses réseaux de solidarité (famille, amis, collègues) ou à des institutions de micro-finance (mutuelles de crédit).

Dès lors la question est de savoir si la santé est un facteur de précarité chez l'ouvrier du bâtiment à Dakar.

L'enquête infirme une de nos hypothèses en révélant que souscrire à une assurance ne diminue pas les difficultés dans le ménage. Car, les ouvriers qui ont un revenu plus élevé souscrivent à une assurance tandis que ceux qui ont un revenu faible préfèrent se soigner dans les établissements publics les moins coûteux (dispensaires, postes de santé, centres de santé) en cas de maladies ou d'accidents. D'ailleurs, dans l'échantillon, les dépenses de santé (3%) sont très faibles comparées à celles consacrées au logement (9%) et surtout à l'alimentation (79%).

Pour conclure, cette recherche portant sur la protection sociale au Sénégal à travers l'étude des risques santé et des besoins d'assurance chez les ouvriers du bâtiment à Dakar, a permis de mettre en exergue l'insécurité sociale dans le secteur du bâtiment et des travaux publics au Sénégal. En effet, partant d'un ensemble de questionnements sur l'efficacité du modèle sénégalais en ce qui concerne l'assurance santé des travailleurs et la prise en charge des frais de traitements et de soins, nous nous sommes intéressés à l'organisation et au fonctionnement des institutions de protection sociale (CSS, IPM, mutuelles de santé), aux risques dans le métier, aux besoins de santé chez l'ouvrier et de sa famille, et aux stratégies de recours au soins de santé en cas de maladie ou d'accidents. Les résultats de l'étude ont montré que le régime sénégalais de protection sociale est assez problématique. Le modèle créé dans les années 1960-1970 autour de l'administration publique et du secteur privé moderne, connaît des nombreux dysfonctionnements qui entravent son efficacité et menacent sa pérennité. Le régime n'assure pas complètement la santé, c'est-à-dire que tout travailleur n'est pas systématiquement pris en charge en cas de problèmes de santé pour lui ou un des membres de sa famille. Ce qui infirme notre postulat de départ qui suggère que le système sénégalais de protection sociale de par sa conception, sa structuration et de son fonctionnement, permet de prendre totalement en charge les frais de santé de l'ouvrier et de sa famille en cas de maladie ou d'accidents

Actuellement, le système est en phase de modernisation, d'extension à de nouvelles catégories, d'universalisation et de solidification. Toutefois, la prise en charge est assez limitée car les chômeurs, les travailleurs à faibles revenus ou à statut précaire ne peuvent, ni bénéficier de l'ensemble des prestations de base, ni compter sur leurs activités pour s'assurer une couverture totale incluant leurs familles et/ou leurs parents.

De plus, les travailleurs ne bénéficient d'une assurance maladie que tant qu'ils sont en activité dans l'administration ou dans le secteur privé moderne. Une fois au chômage, en invalidité ou à la retraite, ils sortent du cadre assurantiel professionnel et doivent souscrire à une assurance privée commerciale ou populaire (mutuelles de santé). Enfin, les assurances professionnelles ou coopératives comme les IPM n'arrivent pas à offrir une couverture complète aux travailleurs malgré l'existence d'un cadre institutionnel, législatif et judiciaire spécialement élaboré pour la prévoyance sociale en milieu du travail. Pourtant, les besoins en matière de santé et d'assurance sont très importants au niveau individuel et familial puisque les risques de maladies professionnelles et non professionnelles (le paludisme, la grippe, la fièvre jaune, le choléra, la tuberculose, la méningite et d'autres maladies tropicales), d'accidents et d'invalidité sont omniprésents et les revenus assez faibles pour financer toute la santé. Cette situation soulève des interrogations sur la viabilité et la légitimité du régime sénégalais de prévoyance santé car le système a été créé pour permettre d'échapper à la précarité sanitaire, voire sociale, des travailleurs et de leur famille. On peut se poser les questions de savoir : que deviennent les assurés lorsqu'ils sont en cessation temporaire (chômage) voire définitive d'activité (retraite) ? Comment vont-ils prendre soin de leur santé une fois en dehors du cadre assurantiel professionnel ? Autrement dit comment pérenniser la couverture santé pour le salarié et pour sa famille ? Autant d'interrogations et de pistes de recherches que des études ultérieures pourront approfondir, voire clarifier, pour une meilleure compréhension de la protection sociale au Sénégal.

BIBLIOGRAPHIE

- Adjamagbo, A. (2011, décembre). Des femmes africaines très actives . *Bulletin d'Information sur la Population en Afrique et à Madagascar*(65), 8.
- Adjamagbo, A., & Antoine, P. (2002). Le Sénégal face au défi démographique . Dans M. C. Diop, *La société sénégalaise entre le local et le global* (pp. 511-547). Paris : Karthala.
- Aghulon, C., & Grando, J. M. (1996). Les jeunes face au bâtiment attrait et rejet. Dans J. Deniot, & C. Dutheil Pessin, *Métamorphoses ouvrières* (pp. 139-154). Paris: L'Harmattan.
- AISS. (2009, 10 25). *Extension de la sécurité sociale: la région Asie et Pacifique recherche de nouvelles possibilités*. Consulté le 08 20, 2013, sur <http://www.issa.int/fre/Breves-et-evenements/News2/Extension-de-la-securite-sociale-la-region-Asie-et-Pacifique-recherche-de-nouvelles-possibilites>
- Aktouf, O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations : une introduction à la démarche classique et une critique*. Ste-Foy: PUQ.
- Alami, S., Desjeux, D., & Garabuaou-Moussaoui, I. (2009). *les méthodes qualitatives*. Paris: PUF.
- Ameille, J., Brochard, P., & Paireon, J. C. (2000). *Amiante et pathologie professionnelle*. Paris : Masson.
- Ansd. (2009). *Situation Economique et Sociale du Sénégal en 2008*. Dakar.
- Ansd. (août 2012). *Rapport de l'Etude monographique sur les services immobiliers du logement à Dakar - 2010*. Ansd.
- Ansd. (août 2007). *Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS, 2005-2006). (Rapport national)*. Dakar: Ansd.
- Ansd. (août 2008). *Situation économique et sociale de la région de Dakar de l'année 2007 (Rapport Final)*. Dakar: Ansd.
- Ansd. (décembre 2011). *Situation économique et sociale du Sénégal en 2010*. Dakar: Ansd.
- Ansd. (février 2012). *Enquête Démographique et de Santé à indicateurs Multiples (EDS-MICS) 2010-2011. Rapport Final*. Dakar: Ansd.
- Ansd. (juin 2008). *Résultats définitifs du troisième recensement Général de la Population et de l'habitat (2002)*. Dakar: Ansd.

- Ansd. (mai 2013). *Rapport définitif de la deuxième Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS- 2011)*. Ansd, Dakar.
- Antoine, P., & Dial, F. B. (2005). Mariage, divorce et remariage à Dakar et Lomé . Dans K. Vignikin, & P. Vimard, *Familles au Nord, Familles au Sud* (pp. 205-232). Louvain-la-Neuve: Academia-Bruylant.
- Antoine, P., & Djire, M. (1998). Crise et évolution des comportements matrimoniaux à Dakar. Dans F. Gendreau, *Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud* (pp. 203-218.). Paris: Éd. Estem.
- Aptel, M., Cail, F., & Aublet-Cuvelier, A. (2005). *Les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur (TMS-MS): guide pour les préventeurs*. Paris: INRS.
- Atchadé, F. (2013). *Radioscopie d'un système de santé africain : le Sénégal* . Paris: L'Harmattan.
- Badinter, E. (2010). *Le conflit, la femme et la mère*. Paris: Flammarion.
- Baillargeon, M., & al. (1998). *Les tendinites de l'épaule*. Québec:: Multi Mondes.
- Banque mondiale. (2007). *Sénégal. A la recherche del'emploi : Le chemin vers la prospérité*. Banque mondiale, Washington D.C.
- Barbier, J.-C. (2006, janvier). *Analyse comparative de l'activation de la protection sociale en France, Grande Bretagne, Allemagne et Danemark,dans le cadre des lignes directrices de la stratégie européenne pour l'emploi*. Rapport de recherche pour la DARES,Ministère du travail.
- Barbier, J.-C. (2008). Qualité et flexibilité de l'emploi en Europe : de nouveaux risques. Dans A.-M. Guillemard, *Où va la protection sociale* (pp. 69-85). Paris: PUF.
- Barbier, J.-C., & Theret, B. (2009). *Le système français de protection sociale*. Paris: La Découverte.
- Barro, A. A. (2009). *Ecole et pouvoir au Sénégal : la gestion du personnel enseignant dans le primaire*. Dakar : L'Harmattan.
- Baumann, E. (2005, juin 1er-4). La protection sociale au service du développement ? *Communication pour l'atelier micro finance, micro assurance et entrepreneuriat solidaire aux 9èmes Journées scientifiques du Réseau Entrepreneuriat de l'AUF: Entrepreneuriat, développement durable et mondialisation*. Cluj , Roumanie.
- Baumann, E. (2010, juin 9). *Protections sociales en Afrique: le cas du Sénégal*. Consulté le 08 05, 2013, sur http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers12-06/010053213.pdf

- Beattie, R. (2000). Une protection sociale pour tous, oui, mais comment l'assurer? *Revue internationale du travail, (Politiques sociales et protection sociale)*, 139(2), pp. 141-162.
- Beck, U. (2001). *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. (1. Risikogesellschaft (1re ed. Suhrkamp Verlag, Trad.) Paris: Aubier.
- Becker, C., Diakhaté, M., & Fall, A. (2008). Répartition des ressources et équité dans l'accès à la santé : une reproduction des inégalités ? Dans G. Daffé, & A. Diagne, *Le Sénégal face aux défis de la pauvreté : les oubliés de la croissance* (pp. 80-107). Paris; Dakar: Karthala;CRES-CREPOS.
- Beltran, A. (2007). Risque industriel et société Entre résistance, fatalité et foi en l'avenir. Dans D. Varaschin, & P. Lang (Éd.), *Risques et prises de risques dans les sociétés industrielles* (pp. 35-42). Bruxelles, Bern, Berlin, Frankfurt am Main, New York, Oxford, Wien.
- Berthelemy, J.-C., Seck, A., & Vourc'h, A. (1996). *La croissance au Sénégal : Un pari perdu?* Paris: OCDE.
- Bessin, M. (2008). Les hommes dans le travail de genre: le déni du genre. Dans Y. Guichard-Claudic, D. Kergoat, & A. Vilbrod, *L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin... et réciproquement* (pp. 357-370). Rennes: PUR.
- BIT. (2001). *Sécurité sociale : Un nouveau consensus*. Rapport de la Conférence internationale du travail Session 89 Genève, Genève.
- Blanchet, D. (1997, 1er trimestre). Quelle place pour le marché dans la protection sociale? *Alternatives Economiques*(31), pp. 38-40.
- Bonoli, G., & Palier, B. (1999). Phénomènes de Path Dependence et réformes des systèmes de protection sociale. *Revue française de science politique*, 49(3), pp. 399-420.
- Bop, C. (1996). Les femmes chefs de famille à Dakar. Dans J. Bisilliat, *Femmes du Sud chef de famille* (pp. 129-150). Paris: Karthala.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J.-C., & Passeron, J.-C. (2005). *Le métier de sociologue : préalables épistémologiques* (éd. 5ème). Berlin ; New York ; Paris: Mouton de Gruyter; EHESS.
- Bourdon, A., Lebel, C., & Magnie, L. (2002). *Le système de protection sociale*. Paris: Ellipses.
- Bourgeois, F., C, L., Hubault, F., & al, e. (2006). *Troubles musculosquelettiques et travail : quand la santé interroge l'organisation du travail*. éditions de L'ANACT.

- Bressoux, P. (2008). *Modélisation statistique appliquée aux sciences sociales*. Bruxelles: De Boeck.
- Briand, V. (2008). *Manger au quotidien : La vulnérabilité des familles urbaines en Afrique*. Paris: IRD/Karthala.
- Cabral, F. J. (2009, mai). « *La Stratégie de croissance accélérée du Sénégal est-elle pro-pauvre ?* » (En ligne). Dans : GREDI (Université de Sherbrooke). *Cahier de recherche*. Consulté le juillet 20, 2010
- Cambois, E., & al. (2009). *Vivre moins longtemps et plus diminué, quand on est ouvrier*. (L. d. Française, Éd.) Paris.
- Cambois, E., & al. (2008, janvier). La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Population et Sociétés*(441), pp. 1-4.
- Carrin, G. (2001). L'Assurance maladie : Un chemin parsemé d'obstacles pour les pays en développement. Dans J. Rainhorn, & J. Burnier, *La santé au risque du marché : incertitudes à l'aube du XXIe siècle*. Paris: Nouveaux Cahiers de l'IUED;PUF.
- Carrin, G., & James, C. (2005). L'assurance maladie sociale : les facteurs clés qui affectent le passage à la protection universelle. *Revue Internationale de Sécurité Sociale*, 58(1).
- Carrin, G., & James, C. (2006). L'assurance maladie obligatoire : Transition vers la couverture universelle et évaluation de la performance. Dans G. Dussault, P. Fournier, & A. Letourmy, *L'Assurance maladie en Afrique francophone* (pp. 455-500). Banque Mondiale.
- Carrin, G., James, C., & Evans, D. (2006). Atteindre la couverture universelle : le développement du système de financement. Dans G. Dussault, P. Fournier, & A. Letourmy, *L'Assurance maladie en Afrique francophone* (pp. 149-162). Banque Mondiale.
- Caselli, G., Vallin, J., & Wunsh, G. (2002). *Démographie: analyse et synthèse. Les déterminants de la fécondité*. Paris: INED.
- Castel, O., & Hugon, P. (1995). *L'ajustement structurel et après?* Paris : Maisonneuve Larose.
- Castel, R. (2003). *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé?* Paris: Seuil/ La République des idées.
- Castel, R. (2007). Au-delà du salariat ou en deçà de l'emploi ? L'institutionnalisation du précarat. Dans S. Paugam, *Repenser la solidarité* (pp. 11-14). Paris: PUF.

- Castel, R. (2008). Qu'est-ce qu'être protégé ? La dimension socio-anthropologique de la protection sociale. Dans A.-M. GUILLEMARD , *Où va la protection sociale ?* (pp. 101-118). Paris: PUF.
- Caussat, L., & Glaude, M. (1993). Dépenses médicales et couverture sociale. *Economie et statistique*(265), pp. 31-43.
- Charles, B. (1965). Le socialisme africain : mythes et réalités. *Revue française de science politique*, 5, 856-884.
- Charrier, P. (2008). Sages-femmes, des hommes dans une profession "traditionnellement féminine" : choix professionnel et dénomination chez les hommes sages-femmes. Dans Y. Guichard-Claudic, D. Kergoat, & A. Vilbrod, *L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin... et réciproquement* (pp. 231-241). Rennes: PUR.
- Chaussebourg, L., Carrasco, V., & Lermenier, A. (2009). *Le divorce*. Rapport d'étude , Ministère de la Justice.
- Cissé, A. (2002). Etude de la capacité d'autofinancement des postes de santé au Sénégal : les déterminants du recouvrement des couts. *Mémoire de DESS en économie de la sante*, 80. Dakar: CESAG.
- Commaille, J. (2001, avril). Famille : entre émancipation et protection sociale. *Sciences humaines*(115), p. 114.
- Copans, J. (1987). Remarques sur la nature du salariat en Afrique noire. *Tiers-Monde. Industrialisation, salarisation, secteur informel (sous la direction de Gérard Grellet)* , 28, n°110, 315-332.
- Couratier, C., & Miquel, C. (2007). *Les études qualitatives: théorie, applications, méthodologie, pratique*. Paris: L'Harmatan.
- Crépy, M. N. (2001). Dermatoses professionnelles au ciment (alumino-silicates de calcium). *Documents pour le médecin du travail*(n°88-TA 64), 419-429.
- Dabo, B. (2010, avril 16). Récurrence des accidents de Travail - 3500 Victimes relevée chaque année. *Sud Quotidien*.
- Daffé, G. (2009). La lutte contre la pauvreté est-elle au cœur des politiques publiques ? Dans G. Daffé, & A. Diagne, *Le Sénégal face aux défis de la pauvreté : Les oubliés de la croissance* (pp. 9-28). Paris: Karthala.
- Daly, M. (1994). Comparing welfare states : towards a gender friendly approach. Dans D. Sainsbury, *Gendering welfare states* (pp. 101-117). London: Sage.

- Dang, A.-T., & Letablier, M.-T. (2009, 2). Citoyenneté sociale et reconnaissance du « care » : Nouveaux défis pour les politiques sociales. *Revue de l'OFCE*(109), pp. 5-31.
- De Rosny, E. (1992). *L'Afrique des guérisons*. Paris: Karthala.
- Delcourt, J. D. (1983). *Naissance et croissance de Dakar*. Dakar : Clairafrique.
- Delphy, C. (1984). Les femmes et l'État. *Nouvelles questions féministes*, 6;7, 4-19.
- Depelteau, F. (2003). *La démarche d'une recherche en sciences humaines: de la question de départ à la communication des résultats*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Desanti, R., & Cardon, P. (2007). *L'enquête qualitative en sociologie*. Rueil-Malmaison: ASH.
- Diagne, A. (2004). Les politiques économiques et leurs performances : un aperçu. Dans M. C. Diop, *Gouverner le Sénégal : Entre Ajustement Structurel et Développement Durable* (pp. 69-94). Paris: Karthala.
- Diagne, A., & Daffe, G. (2002). *Le Sénégal en quête d'une croissance durable*. Dakar/Paris: CREA/Karthala.
- Diallo, F. L., & Moussa, H. O. (2010). *Tendance de la pauvreté au Sénégal entre 1994 et 2001 : une approche multidimensionnelle basée sur les ensembles flous*. Dakar: UCAD/CRES.
- Diaw, F. (2001, novembre 17). Commerce illicite de médicaments : un trafic juteux et nocif. *Le Soleil*.
- Diaw, F. (2001, novembre 03). Médecins privés-gérants des IPM : accord sur la baisse des tarifs des consultations. *Le Soleil*.
- Dieng, A. D. (2001). Les médicaments contrefaits au Sénégal. *Thèse de doctorat en pharmacie*, 63 . Dakar: UCAD.
- Dietrich, P., Loison, M., & Roupnel, M. (2010). Articuler les approches quantitative et qualitative. Dans S. Paugam, *L'enquête sociologique* (pp. 207-222). Paris : PUF.
- Dijk, P. M. (1986). *Sénégal : le secteur informel de Dakar*. Paris: L'Harmattan.
- Diop, A. (2006). Dynamique de l'occupation du sol dans des Niayes de la région de Dakar de 1954 à 2003 : exemples de la grande Niaye de Pikine et de la Niaye de Yembeul. *Mémoire de DEA en sciences de l'environnement*, 88. ISE/ UCAD.
- Diop, D. (2006). *Décentralisation et gouvernance locale au Sénégal : quelle pertinence pour le développement local?* . Paris : L'Harmattan.
- Diop, O. (2004). Analyse des dépenses médicales des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) au Sénégal : impact du risque moral. *Mémoire en Economie de la santé*, 96. Dakar: CESAG.

- Diouf, K. (2007, Janvier 17). Gestion des IPM et de l'assurance maladie - l'absence de contrôle, principale difficulté. *Le Soleil*.
- Diouf, M. (1994). *Sénégal, les ethnies et la nation*. Dakar: UNRISD et FTM.
- Diouf, M. (2002). *L'Afrique dans la mondialisation*. Dakar: Forum du Tiers-monde.
- Diouf, M. (mai 2013). Dépenses. Dans Ansd, *Rapport définitif de la deuxième Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS - 2011)* (pp. 22-25). Dakar.
- Diouf, M., & Malou, J. R. (2013). Emploi et chômage . Dans *Rapport définitif de la deuxième Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS- 2011)* (p. 122). Dakar: Ansd.
- Douguet, F., & Vilbrod, A. (2008). les infirmiers libéraux: singularité des trajectoires professionnelles et des pratiques de soin. Dans Y. Guichard-Claudic, D. Kergoat, & A. Vilbrod, *L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin... et réciproquement* (pp. 273-282). Rennes: PUR.
- Dps. (2003). *Le secteur informel dans l'agglomération de Dakar : performances, insertion et perspectives. Premiers résultats de la phase 2 sur le secteur informel*. DPS, Dakar.
- Dps. (2003-2004). *Banque de données des indicateurs sociaux du Sénégal*. Dps, Dakar.
- Dumont, J. P. (1998). *Les systèmes de protection sociale en Europe* (éd. 4eme édition). Paris: Economica.
- Dussault, G., Fournier, P., & Letourmy, A. (2006). *L'assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux Soins et lutter contre la pauvreté*. Washington DC: World Bank.
- Erinosho, O. (1994, juin). Quel bilan pour les systèmes de protection sociale en Afrique ? *Revue internationale des sciences sociales*(140), pp. 289-298.
- Esping-Andersen, G. (1990). *Les trois mondes de l'Etat-Providence : essai sur le capitalisme moderne*. Paris: PUF.
- Esping-Andersen, G., & Palier, B. (2008). *Trois leçons sur l'Etat-Providence*. Paris: Seuil et la République des idées.
- Étienne, C., & al. (2010). *Rapport sur la santé dans le monde : le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. OMS, Genève.
- Euzeby, A. (1977). Le rôle de la sécurité sociale dans la dynamique du développement. *Revue du Tiers-Monde*(72), pp. 763-778.
- Faesch, C. (2001). *Salaries de l'amiante: employés de l'indifférence*. Villeurbanne: Golias.

- Fall, A. S. (2008). *Bricoler pour survivre. Perceptions de la pauvreté dans l'agglomération urbaine de Dakar*. Paris: Karthala.
- Fall, A., & Bahoum, J. P. (mai 2013). Etat de santé. Dans Ansd, *Rapport définitif de la deuxième Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS- 2011)* (pp. 56-63). Dakar.
- Fall, C. (2003). *Etendre l'assurance santé au Sénégal : possibilités à travers les régimes statutaires et les organisations mutualistes*. ESS – Document n° 9, Service Politiques et Développement de la Sécurité Sociale, Genève.
- Fassin, D. (1985). Du clandestin à l'officine, les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal. *Cahiers d'Etudes Africaines*(98, XXV-2), pp. 161-177.
- Faye, B. (2004, juin). La prévention des risques professionnels dans le secteur du bâtiment et des travaux publics : un enjeu social crucial pour le Sénégal. *Infos Sécurité Sociale*(2), pp. 12-15.
- Faye, O., & Thioub, I. (2003, 3). Les marginaux et l'État à Dakar. *Le Mouvement Social*(204), pp. 93-108.
- Ferrera, M. (1996). The Southern model of welfare in social Europe. *Journal of European Social Policy*, 6(1), pp. 17-37.
- Firdion, J.-M. (2010). Construire un échantillon . Dans S. Paugam, *L'enquête sociologique* (pp. 71-92). Paris: PUF.
- Fombeno, H.-J. T. (2009). *Sécurité, hygiène et médecine du travail en Afrique noire francophone*. Paris: L'Harmattan.
- Fontanel, M., Grivel, N., & Saintoyant, V. (2006). *Le modèle social français*. Paris: Odile Jacob La Documentation française.
- Fourniol, J. (2004). *La formation professionnelle en Afrique francophone: pour une évolution maîtrisée*. Paris; Budapest; Torino: L'Harmattan.
- Fraser, N. (2010, juillet). Marchandisation, protection sociale et émancipation : les ambivalences du féminisme dans la crise du capitalisme. *Revue de L'OFCE*(114), pp. 11-29.
- Frimat, P. (2002). Dermatoses professionnelles dans le bâtiment et des travaux publics. *La Revue du praticien*, 52(13), pp. 1433-1438.
- Friot, B. (1998). *Puissances du salariat - Emploi et protection sociale à la française*. Paris: Dispute (La).
- Gadrey, J. (2005, septembre). Inégalités, pauvreté et redistribution. *Alternatives Economiques*(239).

- Gallioz, S. (2008). Etre femme et entrer dans le secteur du bâtiment : recherche de l'exception ou acte de folie? Dans Y. Guichard-Claudic, D. Kergoat, & A. Vilbrod, *L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin... et réciproquement* (pp. 325-340). Rennes: PUR.
- Gautier, A. (2012). *Genre et biopolitiques: l'enjeu de la liberté*. Paris: L'Harmattan.
- Gautier, A., & Heinen, J. (1993). *Le sexe des politiques sociales*. Paris: éditions côté-femmes.
- Gaye, N. M. (2009, juillet 08). Asphyxiées par la dette intérieure, les entreprises du BTP déflètent et gèlent leurs cotisations sociales et fiscales. *Walfadjri*.
- Geoffard, P. Y. (2000, janvier-mars). Dépenses de santé : l'hypothèse d'aléa moral. *Economie et Prévision*, 142, pp. 123-136.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1991). *Les enquêtes sociologiques : théories et pratiques*. Paris: Armand Collin.
- Giddens, A. (1994). *Les conséquences de la modernité*. Paris: L'Harmattan.
- Godard, X. (2002). *Les transports et la ville en Afrique au sud du Sahara : le temps de la débrouille et du désordre inventif*. Paris: Karthala, Arcueil, Inrets.
- Goudard, D., & Malaquin, M. (2009). *Pénibilité et retraite : des repères pour le débat social à partir du cas du btp. (En ligne). Etude réalisée en 2009 à la demande de CGT.* Consulté le juillet 22, 2011, sur : http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:-O5V2KA08KQJ:www.groupe-alpha.com/data/document/rapport-penibilite-retraite-2009.pdf+penibilit%C3%A9+BTP&hl=fr&gl=fr&pid=bl&srcid=ADGEESgv031SroFm0jbr6RIP2eFkTVMGZvNDSIFgoG-H265WTSn_MuEKY4POvWMBjFOTF69FzowGFr
- Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales* (éd. 11e). Paris: Dalloz.
- Greene, J. C., Caracelli, V. J., & Graham, W. F. (1989). *Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs*. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, .
- Grodos, D. (2004). *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne : enjeux, pratiques et politiques*. Paris;Louvain-la-Neuve: Karthala; Université catholique de Louvain.
- Gruénais, M.-É. (2001). Communautés et État dans les systèmes de santé en Afrique. Dans B. Hours, *Systèmes et politiques de santé* (pp. 67-85). Paris: Karthala .
- Gruénais, M.-É. (2004, 1). Les qualités de l'offre de soins confessionnelle en Afrique subsaharienne . *Autrepart*, 29, 29-46.

- Guèye, A. S., & al. (2005, 3). Coûts de fonctionnement d'un centre de santé au Sénégal : modalités de calculs. *Santé Publique*, 17, pp. 347-355.
- Guèye, M. (2002, Juillet 10). Construction : l'anarchie érigée en système. *Walfadjri*.
- Guèye, M. (2009, décembre 15). Sénégal : Inspecteurs et contrôleurs du travail - Plus de conciliation que de contrôle. *Le Soleil*.
- Guichard-Claudic, Y., Kergoat, D., & Vilbrod, A. (2008). *L'inversion du genre : Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin et réciproquement*. Rennes: PUR.
- Guillemard, A.-M. (2008). *Où va la protection sociale?* Paris: PUF.
- Guissé, Y. M. (2006). La place de la médecine traditionnelle dans les cultures africaines : l'exemple sereer du Sénégal . Dans F. Sarr, & G. Thill, *Femmes et développements durables et solidaires : savoirs, sciences, entrepreneuriat* (pp. 83-91). Namur : PUN.
- Hugon, P. (1980 , avril-juin). Secteur non structuré ou hétérogénéité des formes de production urbaine : dualisme sectoriel ou soumission des formes de production au capital, peut-on dépasser le débat ? *Revue Tiers-Monde*(82), pp. 229-461.
- Hugon, P. (1989). Incidences sociales des politiques d'ajustement. *Revue du Tiers-Monde*, tome 30(117), pp. 59-84.
- Illouz, E. (2012). *Pourquoi l'amour fait mal. L'expérience amoureuse dans la modernité* . Paris: Seuil.
- Jaboin, Y. (2008). a construction de 'identité professionnelle masculine dans un secteur en voie de mixité: le cas des hommes enseignant à l'école maternelle. Dans Y. Guichard-Claudic, D. Kergoat, & A. Vilbrod, *L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin... et réciproquement* (pp. 243-256). Rennes: PUR.
- Jaffré, Y. (2000, mars). Facteurs socioculturels et santé : l'exemple du Sahel. *Adsp*, pp. 48-49.
- Jaffré, Y., & Sardan, J. P. (2002). *Les dysfonctionnements des systèmes de soins : Rapport du volet socio-anthropologique. Enquêtes sur l'accès aux soins dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest. Projet « santé urbaine »*. (UNICEF – Coopération française).
- Jaffré, Y., & Sardan, J. P. (2003). Reformier une éthique sous contrainte ? Dans Y. Jaffré, & J. P. Sardan, *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest* (pp. 339-347). Paris: Karthala.

- Jaffré, Y., & Sardan, J. P. (2003). Un diagnostic socio-anthropologique des centres de santé malades. Dans Y. Jaffré, & J. P. Sardan, *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest* (pp. 51-104). Paris: Karthala.
- Jokung-Nguena, O. (2005). *Initiative PPTE : quels enjeux pour l'Afrique ?* Paris; Budapest; Kinshasa: L'Harmattan.
- Jonckers, D. (1997). Les enfants confiés. Dans M. Pillon, & al, *Ménage et famille en Afrique : approches pluridisciplinaires des dynamiques contemporaines* (Vol. 15, pp. 193-208). Paris : Études du CEPED, CEPED-ENSEA-INS-ORSTOM-URD.
- Joubert, M., Chauvin, P., Facy, F., & Ringa, V. (2001). *Précarisation, risque et santé*. Paris: INSERM.
- Jounin, N. (2006, 5). La sécurité au travail accaparée par les directions. Quand les ouvriers du bâtiment affrontent clandestinement le danger. *Actes de la recherche en sciences sociales*(165), 72-91.
- Jounin, N. (2009). *Chantier interdit au public. Enquête parmi les travailleurs du Bâtiment*. Paris: La Découverte.
- Kaly, E. (2009, avril). Baisse de la mortalité et de la morbidité liées au paludisme. Les fruits de l'engagement de tous les acteurs. *le Soleil*.
- Kaly, E. (2010, Juin 4). Urbanisation : Dakar malade de sa démographie galopante. *Le Soleil*.
- Kane, A. (2010). *Tontines, caisses de solidarité et banquiers ambulants : univers des pratiques financières informelles en Afrique*. Paris: L'Harmattan.
- Keynes, J. M. (1936). *Théorie générale de l'emploi, de l'intérêt et de la monnaie*. (J. D. Largentaye, Trad.)
- Kodjo, N. E. (2001). Analyse des facteurs déterminant la viabilité des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) au Sénégal. *Mémoire de DESS en économie de la santé*, 106. Dakar: CESAG.
- Konté, M. A. (2003, novembre 28). Anarchie dans le bâtiment et les travaux publics : quand les textes ne suffisent plus pour éviter le pire. *Sud quotidien*.
- Lachaud, J. P. (1995). Marché du travail et exclusion sociale dans les capitales d'Afrique francophone : quelques éléments d'analyse. *tome 36*(142), pp. 279-302.
- Lachaud, J.-P. (1997). *Les femmes et le marché du travail urbain en Afrique subsaharienne* . Paris: L'Harmattan.

- Lapeyre, N. (2008). Les temporalités sociales des femmes et des hommes architectes en France. Dans Y. Guichard-Claudic, D. Kergoat, & A. Vilbrod, *L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin... et réciproquement* (pp. 193-204). Rennes: PUR.
- Lautier, B. (2006, septembre 11-13). Le difficile cheminement vers l'universalisation de la protection en Amérique Latine. *Colloque État et régulation sociale CES-Matisse*, 30. (<http://matisse.univ-paris1.fr/colloque-es/pdf/articles/lautier.pdf>, Éd.) Paris.
- Lautier, B., Miras, C. D., & Morice, A. (1991). *L'État et l'informel*. Paris: L'Harmattan.
- Lebaron, F. (2006). *L'enquête quantitative en sciences sociales : recueil et analyse des données*. Paris: Dunod.
- Leclerc, A., & al. (2000). *Les inégalités sociales de santé*. Paris: La découverte, Inserm.
- Lefaucheur, N. (1992). Maternité, famille, Etat. Dans G. Duby, & M. Perrot, *Histoire des femmes, t.5 : Le XXe siècle* (pp. 411-430). Plon,: Paris.
- Levasseur, C. (2004, 08 17). *De l'État-Providence à l'État disciplinaire*. Consulté le janvier 06, 2010, sur <http://www.er.uqam.ca/nobel/k10140/shm%20folder2/shm/levsrc.pdf>
- Lewis, J. (1997, summer). Gender and Welfare Regims : Further Thoughts. *Social politics, International studies in Gender, State and Society*, 4(2), pp. 160-177.
- Lister, R. (1994). She has other duties - Women, citizenship and social security. Dans S. Baldwin, J. Falkingham, & H. Wheatsheaf (Éd.), *in Social security and social change: new challenges to the Beveridge model*. New York.
- Lo, S. F., & Fontan, F. (2006, mai 18). Sénégal : Protection sociale des ruraux : les premiers jalons posés. *Le Soleil*.
- Lumumba-Kasongo, T. (2006). The Welfare State Within the Context of Liberal Globalisation in Africa : Is the Concept Still Relevant in Social Policy Alternatives for Africa? *AJIA*(9).
- Ly, E. H. (2004). La politique de l'habitat : permanences et ruptures. Dans M. C. Diop, *Gouverner le Sénégal : Entre Ajustement Structurel et Développement Durable* (pp. 199-228). Paris: Karthala.
- Lynch, J., & al. (2004). Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review. *The Milbank Quarterly*, 82, 5-99.
- Margossian, N. (2006). *Risques professionnels : caractéristiques, réglementation, prévention*. Paris: Dunod.

- Martin, O. (2010). Analyse quantitative. Dans S. Paugam, *Les 100 mots de la sociologie*. Paris: PUF.
- Martin, O. (2012). *L'enquête et ses méthodes : l'analyse quantitative des données*. Paris: Armand Collin.
- Martinet, Y., Anthoine, D., & Petiet, G. (1999). *Les maladies respiratoires d'origine professionnelle*. Paris: Masson.
- Maruani, M. (2011). *Travail et emploi des femmes*. Paris: La Découverte.
- Mbengue, C. T. (2010, décembre 31). Financements extérieurs des programmes de santé - Bien gérer ou subir. *Sud quotidien*.
- Mbengue, C. T. (2011, juillet 06). Afrique : Production mondiale de médicaments. Le Continent participe seulement pour 3%. *Sud quotidien*.
- Mbengue, O. (2011, janvier 31). Couverture sanitaire : cent postes de santé seront réouverts. *Le Soleil*(12203).
- Mckenzie, J. (1989). *Credit for the informal sector: an experiment with informal sector lending, and the problems for its institutionalization in Senegal*. Consulté le avril 2, 2013, sur http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNABI954.pdf
- Merrien, F.-X. (2002, avril-juin). Etats-Providence en devenir. Une relecture des recherches récentes. *Revue française de Sociologie*, pp. 211-235.
- Merrien, F.-X. (2007). *L'Etat-Providence*. Paris: PUF.
- Merrien, F.-X. (2013, juin 10). *La protection sociale comme politique de développement : un nouveau programme d'action international*. Consulté le juillet 22, 2013, sur Revue internationale de politique de développement: <http://poldev.revues.org/1519#toc>
- Midgley, J. (1993, March). Social Security and Third World Poverty : The Challenge to Policymakers. *Review of Policy Research, Vol 12, Issue 1-2*, pp. 133-143.
- Minvielle, J.-P., Diop, A. F., & Niang, A. (2005). *La pauvreté au Sénégal : des statistiques à la réalité*. Paris: Karthala.
- Molinier, P. (2/2002). Le continent noir de la féminité : sexualité et/ou travail ? *Cliniques méditerranéennes* (66), 105-123.
- Molinier, P. (2000). Virilité défensive, masculinité créatrice. *Travail, Genre et Sociétés*(3), 25-43.
- Moreno, L. (2006). Le modèle de protection sociale des pays d'Europe du Sud : Permanence ou changement ? *RFAS*(1), pp. 81-105.

Morice, A. (1987). Ceux qui travaillent gratuitement : un salaire confisqué. Dans M. Agier, J. Copans, & A. Morice, *Classes ouvrières d'Afrique noire* (pp. 45-140). Paris: Karthala.

MSP. (2008). *Carte sanitaire du Sénégal*. MSP, Dakar.

MSPHP. (2005). *Comptes Nationaux de la Sante du Sénégal*. MSPHP/CAFSP, Dakar.

Msp hp. (2009, juillet). *Sénégal : population, planification familiale et développement. Contribution à l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD)*. Consulté le janvier 31, 2013, sur dsr.sn/documents/Senegal_Pop_PF_Dvpt.pdf

Mucchielli, A., & Paillé, P. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (éd. 3ème). Paris: Armand Colin.

Munoz, J. (2002). *L'accident du travail : de la prise en charge au processus de reconnaissance*. Rennes: PUR .

Nalar, K., & Manel, S. (mai 2013). Perception de la pauvreté et de la gouvernance. Dans Ansd, *Rapport définitif de la deuxième Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS-2011)*. Dakar: Ansd.

Ndiaye, A. (2010, juillet 5). Pour non reversement des sommes prélevées dans les caisses de l'IPM : Christian Salvy cité à comparaître devant le tribunal hors classe de Dakar le 15 juillet. *Walfadjri*.

Ndiaye, O., & Diemé, J. G. (2007). *Evaluation des initiatives de subvention et du fonds social (Rapport final)*. MSPM.

Nerfin, M. (1965). Pour une politique de l'habitat en Afrique. *Revue du Tiers-Monde*, 6(24), pp. 959-988.

Niang, A. (1996). Le secteur informel une réalité à réexplorer : ses apports avec les institutions et ses capacités développantes. *Afrique et Développement*, XXI(1), 57-79.

Nicole-Drancourt, C. (2009). *Conciliation travail-famille : attention travaux*. . Paris: L'Harmattan.

Norimatsu, H., Pigem, N., & Barthe, B. (2008). *Les techniques d'observation en sciences humaines*. Paris : A. Colin.

O'brien, D. C. (1979). Langues et nationalité au Sénégal. L'enjeu politique de la wolofisation. *Année africaine*, pp. 319-335.

OIT. (2004, 04 12). *Extension de la couverture de la sécurité sociale en Afrique*. (BSR-Dakar, Producteur) Consulté le 09 13, 2013, sur <http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/pol/campagne/files/techdocafrica.pdf>

- OIT. (2007). *Sénégal - Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS)*. Consulté le mars 17, 2010, sur <http://www.ilo.org/public/french/protection/secsoc/step/activities/senegal/snps.htm>
- Olayiwola, E. (1995, mai). Quel bilan pour les systèmes de protection sociale en Afrique ? . *Problèmes économiques*, 2426, 19-24.
- Olivier, M. (2005, août 9-12). *L'attitude vis-à-vis de la sécurité sociale en Afrique*. Consulté le mars 20, 2011, sur [http : //www.issa.int/Resourcess/Conference-Reports/Acceptance-of-social-security-in-Africa/\(language\)/fre-FR](http://www.issa.int/Resourcess/Conference-Reports/Acceptance-of-social-security-in-Africa/(language)/fre-FR)
- Omnès, C. (2009 , 1). De la perception du risque professionnel aux pratiques de prévention : la construction d'un risque acceptable. *Revue d'histoire moderne et contemporaine* , 56-1, 61-82. .
- Omnès, C., & Pitti, L. (2009). *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention au XXe siècle. La France au regard des pays voisins*,. Rennes: PUR.
- ONU-habitat. (2008). *SÉNÉGAL : profil urbain de Dakar*. Consulté le 07 18, 2013, sur www.unhabitat.org/pmss/getElectronicVersion.aspx?nr=2757&alt=1
- Orloff, A. S. (1993). Gender and the Social Rights of Citizenship : The Comparative Analysis of Gender Relations and Welfare States. *American Sociological Review*, 58(3), pp. 303-328.
- Ouatara, A. (2002). Les déterminants socio-économiques de la demande d'assurance maladie privée à Dakar (Sénégal). *Mémoire de DESS en économie de la santé*, 62. Dakar: CESAG.
- Papinot, C. (2012). Introduction. L'image comme outil ordinaire dans la démarche de la recherche en sciences sociales. Dans J.-P. Géhin, & H. Stevens, *Images du travail, travail des images* (pp. 225-245). Rennes: PUR.
- Parizot, I. (2010). L'enquête par questionnaire. Dans S. Paugam, *L'enquête sociologique* (pp. 93-113). Paris: PUF.
- Peretti-Watel, P. (2001). *La Société du Risque*. Paris: La Découverte.
- Pilon, M., & Vignikin, K. (2006). *Ménages et familles en Afrique subsaharienne*. Paris: édition des archives contemporaines.
- Pison, G., Hill, K., Cohen, B., & Foote, K. (1997). *Les changements démographiques au Sénégal*. Paris;Washington: PUF, INED; NAS.
- Polanyi, K. (1983). *La grande transformation*. Paris: Gallimard.

- Quantin, P. (1994). L'Afrique de l'Etat-providence à un système libéral? Remarques à propos d'un passage incertain. Dans F. D. Gervais-Lambony, & G. Karthala (Éd.), *Afrique noire, Europe de l'Est: regards croisés* (p. 180). Paris, Nanterre.
- Ratinoff, L. (2000). Les enjeux de la politique sociale à la fin du XXe siècle. Dans D. A. Morales-Gomez, *Les politiques sociales transnationales : les nouveaux défis de la mondialisation pour le développement* (pp. 49- 74). Ottawa: CRDI.
- Rawls, J. (1987). *Théorie de la justice* (éd. Seuil). (C. Audard, Trad.) Paris.
- Rieu, A. (2008). Agriculture: un métier investi par les femmes. Dans Y. Guichard-Claudic, D. Kergoat, & A. Vilbrod, *L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin... et réciproquement* (pp. 97-112). Rennes: PUR.
- Rocheteau, G. (1982). *Pouvoir financier et indépendance économique en Afrique : Le cas du Sénégal*. Paris: Karthala.
- Rodrigues, A.-C. (2008). Conducteur et conductrice de poids lourds. Dans D. K. Yvonne Guichard-Claudic, *L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin... et réciproquement* (pp. 121-132). Rennes: PUR.
- Ron, A. (2010,, 1). Faire des soins de santé une prestation de sécurité sociale: approches institutionnelles de l'extension de la couverture . *Revue internationale de sécurité sociale*, 63, 81-102.
- Rosanvallon, P. (1995). *La nouvelle question sociale : repenser l'Etat-Providence*. Paris: Seuil.
- Rotto, P. (2000). Les services de santé au travail dans la construction. Dans J. M. Stellman, *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (Vol. 3, pp. 93.11-93.17). Genève: OIT.
- Roulet, C.-A. (2004). *Santé et qualité de l'environnement intérieur dans les bâtiments* . Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Sadji, A. (1958). *Maïmouna*. Paris: Présence Africaine.
- Sainsbury, D. (1994). *Gendering Welfare States*. London: Sage.
- Sall, M. (2009). L'accès aux services de santé et les conditions de vie des sénégalais. Dans G. Daffé, & A. Diagne, *Le Sénégal face aux défis de la pauvreté : Les oubliés de la croissance* (pp. 129-144). Paris: Karthala.
- Sané, I. (2009, avril). Lutte contre le paludisme - le fléau recule à grand pas : de 1500 000 cas en 2006 à 275 000 en 2008 - Une stratégie salubre et de haute portée éthique. *Le Soleil*.

- Sanni Yaya, H. (2007). *Les privatisations en Afrique occidentale: Entre mythes et réalités, promesses et périls : l'administration publique africaine à la croisée des chemins*. Quebec: PUL.
- Sarr, M. (2009, mai 20). Sénégal : Assurance maladie des travailleurs salariés - L'avenir de l'IPM en question. *Walfadjri*.
- Schnapper, D. (1989). Rapport à l'emploi, protection sociale et statuts sociaux. *Revue française de sociologie*, 30(1), pp. 3-29.
- Schremmer, J. C.-D. (2009). L'extension de la couverture de santé : les liaisons possibles entre la sécurité sociale statutaire et la protection sociale à base communautaire. *Revue internationale de sécurité sociale*, 62, pp. 27-46.
- Seck, A. (1970). *Dakar Métropole ouest-Africaine*. Dakar: IFAN.
- Segura-Ubiergo, A. (2007). *The Political Economy of the Welfare State in Latin America : Globalization, Democracy, and Development*. Cambridge: CUP.
- Sène, S., & Ozer, P. (2002). Evolution pluviométrique et relation inondations - événements pluvieux au Sénégal. *Bulletin de la Société géographique de Liège*(42), pp. 27-33.
- Sidy, A. (2010, novembre 08). Sénégal: Vote du budget du ministère de la Santé. *Walfadjri*.
- Singly de, F. (2012). *Le questionnaire: L'enquête et ses méthodes*. Paris: Armand Collin.
- Sinou, A. (1985). Idéologies et pratiques de l'urbanisme dans le Sénégal colonial. *Thèse de 3eme cycle*, 300. Paris: EHESS.
- Sinou, A. (1999). *Comptoirs et villes coloniales du Sénégal : Saint-Louis, Gorée. Dakar*. Dakar: Karthala.
- Souares, A., Chippaux, J.-P., & Le Hesran, J.-Y. (2005). Effets de l'amélioration de l'offre de soins sur l'activité d'un poste de santé en zone rurale au Sénégal. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 53(2), 143-151.
- Stiglitz, J. (2002). *La Grande Désillusion*. Paris: Fayard.
- Struillou, Y. (2003). *Pénibilité et retraite*. Consulté le 07 22, 2011, sur [http: //www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-562.pdf](http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-562.pdf)
- Sy, F. (2013, mai 3). Coût des accidents de travail en 2012 : Près de 4 milliards F Cfa dépensés. *Enquete +*.

- Tidjani, B., & Gaye, A. (2002). Secteur privé et développement économique et social. Dans M. C. Diop, *La société sénégalaise entre le local et le global* (pp. 29-66). Paris: Karthala.
- Unicef. (2008). *La situation des enfants en Afrique 2008: La survie de L'enfant*. Consulté le septembre 26, 2013, sur <http://www.unicef.org/wcaro/SOAC-08-fr-lores.pdf>
- Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- Van Ginneken, W. (2002). Protection sanitaire pour les travailleurs du secteur informel : ancien problème, nouvelles approches. Dans A. Ron, & X. Scheil-Adlung, *Les innovations récentes en matière de politique de santé dans la sécurité sociale* (Vol. 2, pp. 65-92). Berne: AISS/ Peter Land, Editions scientifiques européennes.
- Van Ginneken, W. (2005). *Etendre la sécurité sociale : politiques pour les pays en développement*. Document ESS n° 13, Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous, BIT, Genève.
- Van Ginneken, W. (2005). La sécurité sociale face à la pauvreté. *Revue Quart Monde*, 195, 41-44.
- Vernière, M. (1973,). Campagne, ville, bidonville, banlieue : migrations intra-urbaines vers Dagoudane Pikine, ville nouvelle de Dakar (Sénégal) . *Cahier de l'ORSTOM, Série Sciences Humaines*, , X, n°2 ; 3, 217-243.
- Versluys, E. (2010). *Langues et Identités au Sénégal*. Paris: L'Harmattan.
- Vidal, C. (1994). La solidarité africaine : un mythe à revisiter. *Cahiers d'Études Africaines*, 34(Cahier 13), pp. 687-691.
- Vignikin, K. (2007). Famille et relations intergénérationnelles: Réflexions sur les évolutions en cours en Afrique. Dans P. Antoine, *Les relations intergénérationnelles en Afrique: Approche plurielle* (pp. 19-30). Paris: CEPED.
- Vimard, P. (1997). Modernisation, crise et transformation familiale en Afrique subsaharienne. Dans A. Gautier, & M. Pilon, *Familles du Sud* (pp. 143-160). Paris/ Dakar: Edition de l'aube/ORSTOM.
- Weeks, J. L. (2002). Les risques professionnels dans le bâtiment et les travaux publics. Dans J. M. Stellman, *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (Vol. 3, pp. 93.2.-93.8). Genève: OIT.
- World Bank. (2003). *Social protection. The Contribution of Social Protection to the Millenium Development Goals*. World Bank, Social Protection Advisory Service, 33 p, Washington D.C.

- Yao, J. (2005). *Méthode d'étude et de recherche en sciences économiques et sociales : avec applications au contexte de l'Afrique noire*. Paris ; Budapest ; Torino: L'Harmattan.
- Yapi, G. S. (2005). Etude d'évaluation de la situation actuelle des institutions de prévoyance maladie (IPM) et des mutuelles de santé dans une perspective d'extension de la couverture maladie au Sénégal. *Mémoire de DESS en économie de la santé*, 100. Dakar: CESAG.
- Yoboue, S. P. (2002). Adéquation ressources financières et prestations de soins : études rétrospective portant sur 4 mutuelles de santé. *Mémoire de DESS en économie de la santé*, 92. Dakar: CESAG.
- Ziegler, J. (2002). *Les Nouveaux maîtres du monde et ceux qui leur résistent*. Paris: Fayard.
- Ziegler, J. (2008). *La haine de l'Occident*. Paris: Albin Michel.
- Zweifel, P., & Manning, G. W. (2000). Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care. Dans A. J. Culyer, & J. P. Newhouse, *Handbook of Health Economics* (pp. 409-459). Elsevier Science.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	1
SIGLES ET ABREVIATIONS	2
INTRODUCTION GENERALE	4
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE	10
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL	11
I-1-Problématique	11
I-1-1-Risques et insécurité sociale dans les sociétés contemporaines	12
I-1-2-Etat-providence et protection sociale : un lien historique ?	13
I-1-3-Face aux inégalités, la protection sociale comme principe de justice	15
I-1-4-Des typologies globales adaptées aux pays du Sud ?	17
I-1-5-La protection sociale en Afrique : au-delà des descriptions des régimes classiques, pour un modèle africain	24
I-2-Objectifs de recherche	29
I-2-1-Objectif général	29
I-2-2- Objectifs spécifiques	29
I-3-Hypothèses de recherche	30
I-4- Contexte et intérêt du sujet	31
I-5- Modèle d'analyse	37
CHAPITRE II : CADRE METHODOLOGIQUE	41
II-1-Méthodes et techniques de recherche	41
II -1- 1-Méthodes et techniques qualitatives	42
II -1- 2- Méthodes et techniques quantitatives	49
I -1- 3- La population cible	51
II -1- 4- L'échantillonnage	54
II -2-L'enquête de terrain : planification, recueil, traitement et validation de données	58
II -2-1-Le cadre d'étude	58
II -2-2-Les stratégies de planification et de recueil des données quantitatives	68
II -2-3- La saisie, le traitement et la validation des données empiriques	72
II -3- Les difficultés rencontrées	74
	295

DEUXIEME PARTIE : LA PROTECTION SOCIALE AU SENEGAL : CADRE ET CONTEXTE D'EVOLUTION	77
CHAPITRE III : LE CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE AU SENEGAL	79
III-1- Trajectoire économique du Sénégal : de la période d'investissement à la crise des années 1970	79
III-2- L'ajustement structurel au Sénégal : une vision libérale inadaptée	81
III-3- La stratégie de relance de la croissance et de réduction de la pauvreté	85
CHAPITRE IV : LE SYSTEME DE SANTE AU SENEGAL	90
IV-1- Le système sénégalais de santé	90
IV -1-1- Le système public de santé sénégalais : un modèle en pyramide	91
IV -1-2- Le système privé de santé : entre le social, le commercial et le traditionnel	96
IV -1-3- Le secteur pharmaceutique sénégalais	97
IV -3- Le financement de la santé	99
IV -3- 1- Le financement public	99
IV -3- 2- La participation populaire : ticket modérateur ou contribution totale ?	101
CHAPITRE V :LE SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE AU SENEGAL	103
V -1-Action et prévoyance sociale, les deux axes du régime sénégalais	103
V-1-1-La politique d'action sociale	104
V-1-2- La politique de prévoyance sociale :	105
V -2- Le financement du système de protection sociale au Sénégal	106
V -2- 1-Le financement de la sécurité sociale	106
V- 3- Assurance maladie des travailleurs au Sénégal : diagnostic d'un système	108
V-3-1-Le régime sénégalais de prévoyance maladie au travail : présentation d'un modèle	108
V-3-2-L'assurance maladie des professionnels à Dakar : un enjeu	112
V-4-La prévoyance santé au Sénégal : les limites du système	116
V-4-1-Le cadre institutionnel et réglementaire	117
V-4-1-1-Les politiques publiques de prévention de risques professionnels	117
V-4-1-2-La relation entre les structures de prévoyance et les entreprises ou la question de l'autonomie du système IPM	119
V-4-1-3- La question du plafonnement des quotes-parts	121
V-4-1-4- La non maîtrise de la tarification	123
	296

TROISIEME PARTIE : L'INDUSTRIE DU BATIMENT A DAKAR : POPULATION, RISQUES ET PROTECTION SOCIALE	130
CHAPITRE VI : ANALYSE SOCIODEMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION OUVRIERE DANS LE BATIMENT	132
VI-1-Les caractéristiques sociodémographiques	132
VI-1-1-La population ouvrière dans le bâtiment à Dakar	133
VI-1-2-L'industrie du bâtiment à Dakar : Un creuset socioculturel	144
VI-2- Emploi, revenus et stratégie de survie des ouvriers à Dakar	147
VI-2-1-Le bâtiment : un emploi, « mille corps de métiers »	147
VI-2-2-Formation, qualification et compétences des ouvriers	149
VI-2-3- Emploi et précarité dans l'industrie du bâtiment à Dakar	151
VI-2-4- Revenu, dépenses et stratégie de survie	156
CHAPITRE VII : LA PROTECTION SOCIALE DANS LE BATIMENT : ENTRE RISQUES ET PREVOYANCE	176
VII-1- Ouvrier du bâtiment : métier à risques ?	176
VII-1-1- Conditions de travail, risques et protection dans le Bâtiment	176
VII-1-1-1- A-Typologie des risques professionnels dans le bâtiment	178
VII-1-1-2- B- Au-delà des risques : accidents de travail et maladies professionnelles	187
□ Le bâtiment : un métier « accidentogène »	188
VII-2-La sécurité dans les entreprises de construction à Dakar : entre risques et prévoyance	197
VII-2-1-Les mesures sécuritaires et les comportements des ouvriers	198
Les Equipements de Protection Individuelle (EIP) : disponibilité et utilisation	198
VII-2-2-L'insécurité dans le bâtiment : perception des risques, comportements et mesures sécuritaires	211
CHAPITRE VIII : L'OUVRIER DU BATIMENT ET LE RISQUE SANTE : BESOINS, PRISE EN CHARGE ET STRATEGIES DE RECOURS AUX SOINS	218
VIII-1-La santé dans les ménages	218
VIII-2-Le risque santé et les stratégies de recours aux soins de l'ouvrier	233
VIII-3- L'ouvrier du bâtiment et la prévoyance santé à Dakar	235
	297

CHAPITRE IX : L'ASSURANCE MALADIE AU SENEGAL: QUELLES PERSPECTIVES?	249
IX-1-Quelle politique d'assurance maladie au Sénégal?	249
IX-1- 1- Analyse perspective de la mise en place d'une couverture maladie universelle au Sénégal	250
IX- 1-2-L'assurance maladie professionnelle dans le cadre d'une couverture maladie universelle : régime général ou régime spécifique?	251
IX-1-3- Les mutuelles de santé : un moyen d'extension de la couverture sociale ?	254
IX-2-La problématique du financement de l'assurance maladie au Sénégal dans le cadre d'une CMU	261
IX-2-1-Le coût d'une couverture maladie universelle	262
IX-2-2-Quel mode de financement pour un régime sénégalais d'assurance maladie universelle?	265
CONCLUSION GENERALE	270
BIBLIOGRAPHIE	276
TABLE DES MATIERES	295
TABLES ET ILLUSTRATIONS	299
INDEX DES MOTS CLES	304

TABLES ET ILLUSTRATIONS

Liste des tableaux

Tableau 1 : Chiffre d'affaire, production et valeur ajoutée du secteur informel (données annuelles en milliards de FCFA)	32
Tableau 2 : Part des versements directs des ménages dans le privé et le public (en millions de FCFA)	36
Tableau 3 : Structure du modèle d'analyse	38
Tableau 4 : Planification du recueil des données quantitatives	70
Tableau 5 : Management des structures sanitaires au Sénégal	94
Tableau 6: Répartition de l'échantillon selon l'âge et la durée d'activité	137
Tableau 7 : Répartition de l'échantillon selon le statut matrimonial et la paternité	140
Tableau 8 : Répartition de l'échantillon selon l'ethnie et le corps de métier	146
Tableau 9 : Répartition de l'échantillon selon les métiers et le statut	155
Tableau 10 : Evolution de prix des denrées alimentaires entre 1967-2006	160
Tableau 11 : Répartition de l'échantillon selon le revenu familial et l'activité des autres membres du ménage	164
Tableau 12 : Répartition de l'échantillon selon la catégorie et l'exercice d'une tierce activité rémunératrice	165
Tableau 13 : Répartition de l'échantillon selon la taille du ménage et la dépense mensuelle	167
Tableau 14 : Répartition de l'échantillon selon la taille du ménage et la dépense mensuelle	167
Tableau 15 : Les troubles musculo-squelettiques dans le BTP	191
Tableau 16 : Répartition de l'échantillon selon le statut de l'ouvrier et la disponibilité d'équipement de protection individuelle	199
Tableau 17 : Répartition selon le statut de l'ouvrier et la disponibilité d'EIP	200
Tableau 18 : Répartition de l'échantillon selon l'âge et les difficultés de financement de la santé	222
Tableau 19 : Etat de lieux des mutuelles de santé au Sénégal	256
Tableau 20 : Comparaison entre les IPM et les Mutuelles de santé	258
Tableau 21 : Sources et montants de financement de la santé (2005)	262
Tableau 22 : Financement de la santé en 2009	264
	299

Liste des graphiques

Graphique 1 : Contribution des secteurs formel et informel sénégalais à la valeur ajoutée totale moyenne de 2005 à 2009	33
Graphique 2 : Le secteur des BTP : évolution des effectifs entre 1984 et 2006.....	52
Graphique 3 : Répartition de la population urbaine de la région de Dakar	64
Graphique 4 : Evolution du PIB du Sénégal entre 1981 et 2003	82
Graphique 5 : Evolution du nombre d'établissements et des emplois créés dans la région de Dakar entre 2000 et 2007	88
Graphique 6 : Structure des sources de financement du système de santé	99
Graphique 7 : Répartition des chiffres d'affaires par type d'assureur (en %)	114
Graphique 8: Répartition de l'échantillon selon la zone de résidence	133
Graphique 9 : Répartition de l'échantillon selon l'âge de l'ouvrier	134
Graphique 10 : Représentation de l'échantillon (Boite à moustaches de Tukey) selon l'âge et le statut.....	136
Graphique 11 : Représentation de l'échantillon (Boite à moustaches) selon l'âge et l'ancienneté.....	138
Graphique 12 : Répartition de l'échantillon selon la fécondité et la situation matrimoniale.....	141
Graphique 13 : Carte factorielle portant sur l'âge, le statut matrimoniale et la fécondité	142
Graphique 14 : Répartition de l'échantillon selon la fécondité par âge	143
Graphique 15 : Répartition de l'échantillon selon les groupes ethniques	145
Graphique 16 : Répartition de l'échantillon par corps de métier	148
Graphique 17: Répartition de l'échantillon selon le revenu mensuel de l'ouvrier	157
Graphique 18 : Répartition de l'échantillon selon les revenus mensuels du ménage ...	162
Graphique 19 : Répartition de l'échantillon selon les dépenses mensuelles du ménage	166
Graphique 20 : Répartition de l'échantillon selon la taille du ménage et le domaine d'investissement	168
Graphique 21 : Répartition de l'échantillon selon le domaine d'investissement et la taille du ménage.....	169
Graphique 22 : Répartition de l'échantillon selon le domaine d'investissement dans le ménage et la couverture santé de l'ouvrier	170

Graphique 23 : Représentation de l'échantillon selon les difficultés économiques et la prise en charge du ménage.....	173
Graphique 24 : Répartition de l'échantillon selon les stratégies de survie des ménages	174
Graphique 25 : Répartition de l'échantillon selon le type d'EIP	202
Graphique 26 : Type d'EIP selon le corps de métier.....	203
Graphique 27 : Carte factorielle corps de métier et EIP	204
Graphique 28 : Répartition de l'échantillon selon l'âge et l'utilisation de l'EIP	208
Graphique 29 : Utilisation des EIP selon la profession	209
Graphique 30 : Répartition de l'échantillon selon la situation matrimoniale et la prise en charge de frais de santé dans le ménage	220
Graphique 31 : Représentation de l'échantillon selon la prise en charge sanitaire et le nombre de personnes en charge dans le ménage	221
Graphique 32 : Répartition de l'échantillon selon le responsable des soins dans le ménage	226
Graphique 33 : Répartition de l'échantillon selon l'âge de l'ouvrier et le responsable des frais de soins	227
Graphique 34: Représentation de l'échantillon selon la personne soignée et le montant dépensé.....	228
Graphique 35 : Répartition de l'échantillon selon le montant dépensé en santé au dernier trimestre	230
Graphique 36 : Répartition de l'échantillon selon les dépenses de soins et le statut	230
Graphique 37 : Répartition de l'échantillon selon les raisons des dépenses de santé ..	231
Graphique 38 : Représentation de l'échantillon selon la proportion du ménage à charge et les difficultés de santé.....	232
Graphique 39 : Répartition de l'échantillon selon la police d'assurance sociale.....	238
Graphique 40 : Analyse des correspondances multiples : la carte factorielle	242
Graphique 41 : Répartition de l'échantillon selon les raisons de la non affiliation à une structure d'assurance sociale.	244
Graphique 42 : Représentation de l'échantillon selon le revenu (en FCFA) et l'adhésion à une police d'assurance maladie.....	245

Liste des cartes

Carte 1 : Situation géographique du cadre d'étude	58
Carte 2 : La structure de l'habitat à Dakar	60
Carte 3 : Découpage administratif de la région de Dakar	63
Carte 4 : Zones d'étude et d'enquête	66
Carte 5 : Limites des districts sanitaires de la région de Dakar	93
Carte 6 : Taux d'accès aux structures de santé selon la région en 2009	95

Liste des photos

Photo 1 : Maçons dans un chantier à Dakar	177
Photo 2 : Atelier de faux plafonds à Dakar	177
Photo 3 : Atelier de menuiserie métallique à Dakar	177
Photo 4 : Atelier de menuiserie en bois en plein air à Pikine	177
Photo 5 : Maçon sur un échafaudage en bois à Keur Massar	180
Photo 6 : Maçon sans attaches sur un mur à Petit Mbao	180
Photo 7 : Menuisier métallique à Dakar (Amitié 2)	181
Photo 8 : Ouvriers électriciens à Guédiawaye	181
Photo 9 : Ferrailleur sans gants à Dakar	184
Photo 10 : Ferrailleur sans protection à Dakar	184
Photo 11 : Echafaudage en bois à Dakar (zone de captage)	185
Photo 12 : Echafaudage mécanique à Dakar (centre-ville)	185
Photo 13 : Apprenti soudeur métallique à Dakar (HLM 1)	187
Photo 14 : Soudeur avec lunettes de soleil à Dakar (Amitié 2)	187
Photo 15 : Maçons mélangeant du ciment à Dakar (Keur Massar)	195
Photo 16 : Maçon à pieds nus à Dakar (Mbao)	195

Liste des figures

Figure 1 : Technique d'échantillonnage à plusieurs degrés	55
Figure 2 : Structuration du système de santé du Sénégal	92
Figure 3 : Panneaux signalétiques dans les chantiers de BTP	183
Figure 4 : Panneaux signalétiques dans les chantiers de bâtiment	216
Figure 5 : Le parcours de soins dans le cadre de l'assurance par IPM	246
Figure 6 : Structuration de l'assurance maladie au Sénégal	253

INDEX DES MOTS CLES

- accidents, 4, 17, 18, 106, 109, 111, 176, 182, 187
- action sociale, 91, 103, 104, 106
- affiliation, 6, 75, 196, 229
- assistance, 13, 14, 17, 18, 20, 104, 218
- assurance, 13, 108, 117
- bâtiment, 28, 46, 49, 53, 132, 134, 139, 144, 147, 149, 151, 156, 176
- beveridgien, 7, 253, 265
- bismarckien, 7, 13, 265
- chantiers, 46, 71, 74, 159, 178, 182, 183, 185, 190, 193, 202
- chômage, 4, 5, 8, 16, 17, 35, 65, 67, 148, 163, 269
- citoyenneté, 7, 13, 14, 22
- citoyens, 8, 12, 13, 16, 22, 219
- cohésion sociale, 14, 15, 24, 251
- contrats, 153, 197
- cotisations sociales, 19, 106, 120, 240, 266
- couverture sociale, 6, 7, 8, 13, 20, 25, 28, 31, 38, 53, 65, 102, 108, 117, 148, 240, 241, 254, 256
- défamilialisation*, 22
- défamiliarisation*, 22, 24
- démarchandisation, 15, 20, 22
- dépendance, 7, 15, 28, 83, 161
- entreprises, 34, 52, 112
- État social, 13, 14, 17, 18, 19, 21
- État-providence, 5, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 26
- exclusion, 6, 18, 106
- famille, 8, 13, 14, 17, 18, 19, 22, 23, 25, 35, 61, 65, 71, 83, 86
- fécondité, 140, 144
- impôt, 13, 19, 252, 265, 269
- indemnités, 16, 20, 105, 119, 158
- inégalités, 14, 15, 16, 26, 35, 85, 90, 100, 108, 251
- insécurité, 4, 6, 12, 60, 156, 201, 211, 212, 213, 218, 234
- invalidité, 5, 35, 105, 109, 178, 179, 192, 194, 275
- justice, 15, 16, 26
- maladies professionnelles, 4, 18, 53, 105, 106, 109, 110, 111, 116, 182, 189, 196
- marché, 4, 13, 17, 18
- mondialisation, 6, 21, 84
- mutuelles, 34, 37, 111, 115, 224, 237, 252, 254, 255, 257, 259, 261
- ouvriers, 30, 46, 49, 237
- pauvreté, 8, 14, 19, 35, 82, 83, 84, 85, 87, 159, 253, 257, 268
- précarité, 86, 102, 196, 207
- prestations, 8, 13, 105, 106, 241
- prévoyance, 8, 26, 51, 108, 116, 117, 197, 235
- protection sociale, 4, 5, 7, 8, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 35, 103, 106
- redistribution, 15, 16, 17, 19, 26, 259, 262
- réseaux sociaux, 24, 174, 234
- risques, 4, 5, 6, 7, 12, 13, 15, 18, 31, 37, 53, 116, 118, 148, 182, 183
- santé, 5, 8, 9, 13, 14, 24, 28, 30, 34, 35, 37, 83, 86, 90, 91, 97, 99, 100, 101, 108, 117, 123, 127, 129, 169, 170, 171, 196, 218, 219, 224, 226, 230, 233, 234, 237, 243, 254
- secteur informel, 26, 31, 33, 37, 66, 163, 254
- sécurité sociale, 16, 21, 27, 35, 37, 75, 103, 109, 116, 188, 196, 240, 251, 255
- solidarité, 4, 8, 15, 16, 17, 18, 21, 30, 37, 83, 104, 108, 109, 175, 226, 254, 256, 258, 266, 269, 273
- vulnérabilité, 4, 18, 229

ANNEXES

Annexe I : Les outils de recueil de données

- Le questionnaire d'enquêtes
- Les guides d'entretien individuel

Annexe II : Les tableaux des données de l'enquête

- ✓ Les tableaux de Tri à plat
- ✓ Les tableaux de tests statistiques
- ✓ Les tableaux de tri croisé

Annexe III: Les documents de travail

- Les barèmes de salaires
- La classification des emplois
- Le Tableau de maladies professionnelles dans le BTP

La protection sociale au Sénégal: l'exemple des ouvriers du bâtiment à Dakar

2010 - Mamadou Aguibou Diallo

1. Lieu d'enquête (Département, commune d'arrondissement, quartier)

2. Code de l'enquêté

3. Adresse et téléphone de l'enquêté

4. Sexe

- ☐ 1. Homme ☐ 2. Femme

5. Quel est votre âge?(en année)

- ☐ 1. Moins de 20 ☐ 2. Entre 20-24 ☐ 3. Entre 25-29 ☐ 4. Entre 30-34 ☐ 5. Entre 35-39 ☐ 6. Entre 40-44
☐ 7. Entre 45-49 ☐ 8. Entre 50-54 ☐ 9. Entre 55-60 ☐ 10. + 60ans

6. Quel est votre situation familiale?

- ☐ 1. Marié ☐ 2. Célibataire ☐ 3. Divorcé ☐ 4. En concubinage ☐ 5. Veuf

7. Avez-vous des enfants?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

8. Si oui, combien d'enfants avez-vous ?

- ☐ 1. Plus de 10 ☐ 2. Entre 5 et 10 ☐ 3. Moins de 5 ☐ 4. Sans enfant

9. De quelle ethnie êtes-vous?

- ☐ 1. Mandingue ☐ 2. Diola ☐ 3. Mandjack ☐ 4. Peul ☐ 5. Sérère ☐ 6. Wolof ☐ 7. Autres ethnies

10. Avez-vous fait des études?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

11. Si oui, quel type d'études?

- ☐ 1. Enseignement général en français ☐ 2. Enseignement coranique/ arabe ☐ 3. Formation professionnelle
☐ 4. Alphabétisation en langue nationale ☐ 5. Néant

12. Quel est votre niveau d'études ?

- ☐ 1. Supérieur ☐ 2. Secondaire ☐ 3. Primaire

13. Quel métier exercez-vous?

- | | | | |
|--|---|-------------------------------------|---|
| ☐ 1. Carrelage | ☐ 2. Conducteurs de véhicules | ☐ 3. Décoration | ☐ 4. Echaffaudage |
| ☐ 5. Electricité | ☐ 6. Ferraillage | ☐ 7. Maçonnerie | ☐ 8. Menuiserie en bois |
| ☐ 9. Menuiserie métallique | ☐ 10. Moulage de briques | ☐ 11. Peinture | ☐ 12. Plafonnage |
| ☐ 13. Plomberie | ☐ 14. Vitrerie | | |

14. Depuis combien de temps exercez-vous ce métier? (en année)

- ☐ 1. Moins de 5 ans ☐ 2. Entre 5-10 ans ☐ 3. Plus de 10 ans

15. Dans quelle sous-catégorie êtes-vous classé?

- ☐ 1. Manoeuvres ☐ 2. Ouvriers qualifiés ☐ 3. Ouvriers professionnels ☐ 4. Ne sait pas

16. En ce jour, êtes-vous....?

- ☐ 1. En activité ☐ 2. En inactivité

17. Dans votre emploi êtes-vous...?

- ☐ 1. Prestataire de services ☐ 2. Employé ☐ 3. Propriétaire d'entreprise ☐ 4. En apprentissage ☐ 5. Sans statut

18. Si vous êtes employé, êtes-vous lié par un contrat de travail écrit avec votre employeur?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sais pas

19. Si oui, quel est le type de contrat qui vous lie?

- ☐ 1. CDD ☐ 2. CDI ☐ 3. Contrat d'apprentissage ☐ 4. Aucun contrat

20. L'entreprise qui vous emploi est-elle de type?

- ☐ 1. Familial ☐ 2. Privé moderne ☐ 3. Associatif ☐ 4. Public ☐ 5. Autre

21. Si vous êtes en inactivité, êtes-vous...?

- ☐ 1. Au chômage ☐ 2. En congé ☐ 3. A la retraite ☐ 4. En Disponibilité
☐ 5. En Incapacité temporaire ou permanente de travail ☐ 6. Autre

22. A la maison, vivez-vous avec d'autres personnes?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

23. Si oui, de combien de personnes se compose votre ménage y compris vous-mêmes ?

- ☐ 1. Moins de 5 personnes ☐ 2. Entre 5 et 10 personnes ☐ 3. Plus de 10 personnes

24. Combien de personnes sont à votre charge ?

- ☐ 1. Aucun ☐ 2. La moitié du ménage ☐ 3. Tout le ménage ☐ 4. Deux personnes
☐ 5. Trois personnes ☐ 6. Une personne

25. Si non, avez-vous une famille ou des personnes à charge ailleurs?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

26. Si oui, combien sont-ils ?

- ☐ 1. Moins de 5 personnes ☐ 2. Entre 5 et 10 personnes ☐ 3. Plus de 10 personnes ☐ 4. Aucun

27. Dans quelle tranche se situe votre revenu mensuel personnel ?

- ☐ 1. Moins de 36 000 Fcfa ☐ 2. de 36 000 à 71 000 Fcfa ☐ 3. De 72 000 à 107 000 Fcfa ☐ 4. De 108 000 à 143 000 Fcfa
☐ 5. De 144 000 à 179 000 Fcfa ☐ 6. Plus de 180 000 Fcfa ☐ 7. Revenu irrégulier

28. Votre revenu couvre t-il totalement les besoins du ménage?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

29. Sinon, d'où proviennent les ressources financières du ménage?

- ☐ 1. Autres activités rémunératrices ☐ 2. Endettement ☐ 3. Epargne
☐ 4. Revenu des autres membres du ménage ☐ 5. Revenu des enfants ☐ 6. Revenu des parents
☐ 7. Salaire personnel ☐ 8. Salaire de votre époux(se) ☐ 9. Soutien communautaire
☐ 10. Soutien de l'employeur

30. Personnellement, avez-vous une seconde activité rémunératrice en plus de votre activité précitée?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

31. Y a-t-il des membres de votre ménage qui travaillent et qui ont un revenu mensuel régulier?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

32. A combien s'élève la dépense mensuelle de votre ménage?

- ☐ 1. Moins de 36 000 Fcfa ☐ 2. de 36 000 à 71 000 Fcfa ☐ 3. De 72 000 à 107 000 Fcfa ☐ 4. De 108 000 à 143 000 Fcfa
☐ 5. De 144 000 à 179 000 Fcfa ☐ 6. Plus de 180 000 Fcfa ☐ 7. Ne sait pas

33. Dans quelle tranche se situe le revenu mensuel du ménage?

- ☐ 1. Moins de 36 000 Fcfa ☐ 2. de 36 000 à 71 000 Fcfa ☐ 3. De 72 000 à 107 000 Fcfa ☐ 4. De 108 000 à 143 000 Fcfa
☐ 5. De 144 000 et 179 000 Fcfa ☐ 6. Plus de 180 000 Fcfa ☐ 7. Ne sait pas

34. Dans quel domaine dépensez-vous le plus dans le ménage?(Enumerez par ordre d'importance)

- ☐ 1. Santé ☐ 2. Education ☐ 3. Nourriture ☐ 4. Logement
☐ 5. Transport ☐ 6. Habillement ☐ 7. Facture d'électricité ☐ 8. Evénements familiaux
☐ 9. Cigarettes et tabac ☐ 10. Habillement_ ☐ 11. Epargne ☐ 12. Alimentation du bétail

35. Avez-vous des difficultés pour prendre en charge les besoins du ménage?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

36. Comment faites-vous pour régler les difficultés économiques de votre ménage?

- ☐ 1. Endettement ☐ 2. Vente de biens personnels ou familiaux ☐ 3. Recours à la solidarité familiale
☐ 4. Seconde activité ☐ 5. Autre

37. En cas de problème sanitaire dans le ménage qui prend en charge les frais de la personne concernée?

- ☐ 1. Votre employeur ☐ 2. Les autres membres de la famille ☐ 3. Vos parents seuls ☐ 4. Vous seul
☐ 5. Le malade seul ☐ 6. Autre

38. Personnellement avez-vous pris en charge des frais de soins d'un membre de votre ménage les trois derniers mois?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

39. Si oui, quelle est la personne concernée?

- ☐ 1. Vous-même ☐ 2. Votre épouse ☐ 3. Votre enfant ☐ 4. Un membre de la famille ☐ 5. Un employé ☐ 6. Autre

40. En quoi consistait la dépense ?

- ☐ 1. Ticket d'entrée à la structure de santé ☐ 2. Frais d'hospitalisation ☐ 3. Achat de médicaments
☐ 4. Frais d'analyses (labo, radio ou echo) ☐ 5. Frais d'opération ☐ 6. Médecine traditionnelle
☐ 7. Frais de consultation ☐ 8. Transport de la personne malade ☐ 9. Frais de maternité

41. Quel était le montant dépensé?

- ☐ 1. Gratuit ☐ 2. Moins de 1000 Fcfa ☐ 3. Entre 1000-5000 Fcfa ☐ 4. Entre 5000-10000 Fcfa
☐ 5. Entre 10000-20000 Fcfa ☐ 6. Entre 20000 et 30000 Fcfa ☐ 7. Plus de 30000 Fcfa ☐ 8. Ne sait pas

42. D'où provenait l'argent qui a servi à la prise en charge de ces frais médicaux?

- ☐ 1. Revenu salarial ☐ 2. Epargne ☐ 3. Endettement ☐ 4. Soutien familial
☐ 5. Vente de biens personnels et familiaux ☐ 6. Débrouillardise ☐ 7. Employeur ☐ 8. Assurance maladie

43. Avez-vous des difficultés pour prendre en charge des frais médicaux de votre ménage?

- ☐ 1. En difficulté ☐ 2. Sans difficulté

44. Si oui, en quoi consiste ces difficultés?

- ☐ 1. Ticket d'entrée à la structure de santé ☐ 2. Frais d'hospitalisation ☐ 3. Achat de médicaments
☐ 4. Frais d'analyses (labo, radio ou echo) ☐ 5. Frais d'opération ☐ 6. Manque d'argent

45. Comment faites-vous pour résoudre ces difficultés en matière de santé

- ☐ 1. Revenu personnel ☐ 2. Endettement ☐ 3. Vente de biens personnels ou familiaux ☐ 4. Revenu familial
☐ 5. Autre ☐ 6. Soutien d'un tiers ☐ 7. Seconde activité ☐ 8. Epargne

46. Êtes-vous suffisamment informé sur les risques dans votre travail?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

47. Vous sentez-vous en sécurité au travail dans vos différents chantiers?

- ☐ 1. En sécurité ☐ 2. En insécurité

48. Si oui, quels sont les éléments qui vous rassurent au travail?

- ☐ 1. Mesures de sécurité ☐ 2. Matériel de sécurité ☐ 3. Environnement de travail
☐ 4. Conseils et mises en garde des patrons ☐ 5. Ne sait pas

49. Sinon, quels sont les risques auxquels vous êtes exposé?

- ☐ 1. Accidents de travail ☐ 2. Maladies professionnelles ☐ 3. Stress ☐ 4. Fatigue

50. Disposez-vous de matériel (e) de protection individuel dans votre lieu de travail?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

51. Si oui, lesquels?

- ☐ 1. Casques ☐ 2. Bottes ☐ 3. Masques ☐ 4. Gants
☐ 5. Lunettes ☐ 6. Tenue ☐ 7. Monte charge ☐ 8. Imperméable
☐ 9. Cordes ☐ 10. Protege ☐ 11. Bétonnière ☐ 12. Echelle
☐ 13. Extincteur ☐ 14. Casquette ☐ 15. Isolant ☐ 16. Protege genou
☐ 17. Ceinture ☐ 18. Testeur de voltage ☐ 19. Tourne vis ☐ 20. Pincés
-

52. Utilisez-vous ce (s) matériel (s) de protection dans vos activités ?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

53. Si non, comment faites-vous pour vous protéger ?

54. Bénéficiez-vous de congés dans votre travail?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

55. Si oui, quels sont les congés dont vous bénéficiez ?

- ☐ 1. Congé annuel ☐ 2. Congé de maladie ou d'accident de travail ☐ 3. Congé pour affaire familiale
☐ 4. Congé pendant les fetes

56. Ces congés sont-ils payés ?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

57. Savez-vous ce qu'est la sécurité sociale?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

58. Avez-vous été informé sur l'assurance sociale professionnelle?

- ☐ 1. Informé ☐ 2. Non informé

59. Etes vous affilié à une structure d'assurance sociale?

- ☐ 1. Assuré ☐ 2. Non assuré ☐ 3. Ne sait pas

60. Si oui laquelle?

- ☐ 1. IPRES ☐ 2. CSS ☐ 3. FNR
☐ 4. IPM ☐ 5. Mutuelle de santé ☐ 6. Assurance
☐ 7. INPS ☐ 8. Médecine de l'entreprise ☐ 9. Ne sait pas

61. Quels sont les risques pour lesquels vous êtes couvert?

- ☐ 1. Maladie/accident ☐ 2. Vieillesse ☐ 3. Maternité ☐ 4. Chômage ☐ 5. Décès

62. Cotisez-vous régulièrement au niveau de votre structure d'assurance sociale?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sait pas

63. Si oui, qui cotise pour vous?

- ☐ 1. Vous-même ☐ 2. Votre patron ☐ 3. Un collègue ☐ 4. Vous et votre employeur

64. A combien s'élève le montant ?

- ☐ 1. A 100 Fcfa ☐ 2. Entre 200 et 500 Fcfa ☐ 3. Entre 500 et 1000 Fcfa ☐ 4. Entre 1000 et 2000 Fcfa
☐ 5. Entre 2000 et 5000 Fcfa ☐ 6. Entre 5000 et 10000 Fcfa ☐ 7. Plus de 10000 Fcfa ☐ 8. Ne sait pas

65. A quelle fréquence se fait la cotisation ?

- ☐ 1. Journalière ☐ 2. Hebdomadaire ☐ 3. Mensuelle ☐ 4. Annuelle ☐ 5. Trimestrielle

66. Bénéficiez-vous d'une couverture médicale à travers votre assurance?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sait pas

67. Si oui, quels sont les domaines concernés?

- ☐ 1. Médicaments ☐ 2. Hospitalisation ☐ 3. Analyses médicales ☐ 4. Consultation ☐ 5. Soins
☐ 6. Opérations chirurgicales ☐ 7. Ne sait pas

68. Quel est le taux de remboursement par votre assurance ?

- ☐ 1. De 4/4 ☐ 2. De 3/4 ☐ 3. De 2/4 ☐ 4. De 1/4 ☐ 5. Ne sait pas

69. Dans le cas ou vous participez au frais de soins quelle est la partie qui paie?

- ☐ 1. Vous-même ☐ 2. Vous et votre entreprise ☐ 3. Votre entreprise seule ☐ 4. L'Etat

70. Les membres de votre famille bénéficient-ils de votre souscription?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sait pas
-

71. Si oui, combien de membres de votre ménage bénéficient de votre souscription?

- ☐ 1. Un ☐ 2. Deux ☐ 3. Trois ☐ 4. Quatre ☐ 5. Cinq ☐ 6. Entre 6 et 10 ☐ 7. Plus de 10
☐ 8. Ne sait pas ☐ 9. Tout le ménage

72. Quelles sont les domaines dont-ils bénéficient?

1. Consultation 2. Soins 3. Prévention 4. Hospitalisation 5. Achat de médicaments 6. Ne sait pas

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ordonnez 5 réponses.

73. La prise en charge médicale par votre assurance est selon vous....?

- ☐ 1. Très Satisfaisante ☐ 2. Satisfaisante ☐ 3. Peu satisfaisante ☐ 4. Pas du tout satisfaisante

74. Quels sont les aspects à améliorer?

- ☐ 1. Prendre en charge plus de maladies ☐ 2. Augmenter le montant de la prise en charge
☐ 3. Augmenter le nombre de bénéficiaires par cotisant ☐ 4. Reduire le montant de cotisation
☐ 5. Augmenter le salaire ☐ 6. Reduire les frais de soins

75. Dans le cas où vous n'avez pas souscrit à une assurance sociale, quelles en sont les raisons ?

- ☐ 1. Manque de moyens ☐ 2. Manque d'informations ☐ 3. Absence d'intérêts ☐ 4. Négligence
☐ 5. Statut précaire ☐ 6. Autre

76. Comment faites-vous pour prendre en charge votre santé et celle de votre famille en l'absence d'une assurance maladie?

- ☐ 1. Automédication ☐ 2. Médecine traditionnelle ☐ 3. Soins dans les structures sanitaires
☐ 4. Soutien extérieur ☐ 5. Assurance maladie des parents ☐ 6. Aoutien familial
☐ 7. Visibilité des structures

77. Est-il arrivé que vous ou un membre de votre famille ne se soigne pas alors qu'il est malade?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

78. Si oui, quelles en étaient les raisons ?

- ☐ 1. Manque de moyens ☐ 2. Négligence ☐ 3. Ignorance ☐ 4. Peur des soins ☐ 5. Cache la maladie

79. Envisagez-vous de souscrire à une assurance maladie pour vous et votre famille?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

80. Si oui, à quel type d'assurance maladie souhaitez-vous adhérer

- ☐ 1. Caisse de sécurité sociale ☐ 2. Assurance privée ☐ 3. IPM ☐ 4. Mutuelle de santé ☐ 5. N'importe lequel
☐ 6. La meilleure d'entre elles ☐ 7. Ne sait pas
-

I- Guide d'entretien avec les représentants du personnel (syndicats et délégués)

Thèmes	Sous-thèmes
I- Le syndicalisme dans le bâtiment au Sénégal	✓ L'organisation et le fonctionnement des syndicats du BTP ✓ Les forces et faiblesses du mouvement syndical ✓ Les contraintes et les principaux défis du syndicalisme du BTP
II- La relation avec les acteurs de la protection sociale	▪ La relation avec l'Etat, ▪ La relation avec les chefs d'entreprise, ▪ La relation avec les structures sociales ▪ La relation avec les travailleurs,
III- La situation des ouvriers du bâtiment au travail	➤ Conditions de travail des ouvriers ➤ La sécurité physique ➤ La sécurité psychologique (stress, harcèlement) ➤ La sécurité économique et financière ➤ La sécurité sociale
IV- Les politiques et mesures sociales dans le secteur du bâtiment	• Les principales mesures de protection des ouvriers dans le Bâtiment (textes, politiques et mesures) • Stratégie nationale de protection sociale (atouts et limites) • Les cotisations sociales (participation et recouvrement) • La mise en pratique des mesures sociales
V- Syndicats et luttes pour la protection sociale dans le bâtiment	✓ Les principales revendications en matière de protection sociale ✓ Les résultats obtenus en matière de protection sociale dans le bâtiment ✓ Les obstacles à une meilleure protection sociale dans le bâtiment ✓ Les perspectives en matière de protection sociale dans le bâtiment

II- Guide d'entretien avec une autorité publique (Ministère ou direction du travail)

Thèmes	Sous-thèmes
I- Des politiques et programmes sociaux en matière de travail au Sénégal	➤ Le régime sénégalais de protection sociale ➤ Les différents politiques sociales dans le monde professionnel ➤ Stratégie nationale de protection sociale ➤ Les résultats obtenus ➤ Les perspectives en matière sociale
II- Les enjeux en matière de protection sociale au Sénégal	• La couverture sociale universelle • Le financement de la sécurité sociale • L'adaptation du système à l'environnement socio-économique
III- Relations avec les acteurs sociaux	✓ Les partenaires sociaux ✓ Les chefs d'entreprise, ✓ Les structures sociales ✓ Les structures sanitaires
IV- Les politiques et les mesures sociales dans le secteur du bâtiment	▪ Les principales politiques et mesures en vigueur ▪ Les avantages et les limites des mesures sociales dans le bâtiment. ▪ Le contrôle à l'application des mesures ▪ Les perspectives en matière de protection sociale dans le bâtiment
V- l'assurance maladie des ouvriers du bâtiment	➤ Les principales politiques et mesures ➤ les ressources mobilisées ➤ Les catégories bénéficiaires ➤ les obstacles rencontrés les perspectives

III- Guide d'entretien avec les chefs d'entreprise de bâtiment et travaux publics

Thèmes	Sous-thèmes
I. Présentation de la structure sociale	➤ Identification de l'entreprise (statut, effectif, chiffre d'affaires) ➤ Organisation et fonctionnement ➤ Activités
II- La sécurité au travail dans l'entreprise	▪ La situation sécuritaire dans l'entreprise ▪ Les différents risques (physiques, moraux, organisationnels) ▪ Les mesures sécuritaires dans l'entreprise ▪ La politique de prévention en matière de sécurité dans l'entreprise ▪ Les acteurs de la prévention ▪ Les résultats en matière de protection sociale (accidents de travail et maladies professionnelles)
III- La sécurité sociale	✓ La protection sociale dans l'entreprise ✓ Cotisations sociales, ✓ Les réparations des préjudices (indemnités et primes) ✓ L'assurance maladie des ouvriers du BTP
IV- Les relations avec les acteurs sur la protection sociale	▪ La relation avec l'Etat ▪ La relation avec les structures sociales ▪ La relation avec les travailleurs, ▪ La relation avec les représentations du personnel
V- les mesures sociales dans le secteur du bâtiment	❖ Atouts et limites des mesures en vigueur ❖ L'apport des entreprises pour une amélioration du système

IV- Guide d'entretien avec l'inspecteur de travail

Thèmes	Sous-thèmes
II. Présentation de l'inspection du travail	✓ Organisation et fonctionnement ➤ Rôle et place de l'inspection du travail ➤ Les moyens de contraintes ✓ Inspection du travail et protection sociale ➤ Les principaux défis de l'inspection
II-Les relations avec les acteurs professionnels	▪ La relation avec les structures sociales ▪ La relation avec les travailleurs, ▪ La relation avec les représentations du personnel ▪ La relation avec le patronat
III-La sécurité au travail dans l'entreprise	▪ La situation sécuritaire dans les entreprises du bâtiment au Sénégal ▪ Les différents risques (physiques, psychologiques, organisationnels) ▪ Les acteurs de la prévention en matière de sécurité ▪ Les obligations en matière de sécurité au travail
IV- La sécurité sociale	✓ Stratégie nationale de protection sociale ✓ Les cotisations sociales au Sénégal, (retard,...) ✓ Réglementation en matière de sécurité sociale (atouts et limites)
V- Les mesures sociales dans le secteur du bâtiment	❖ Les différentes mesures de protection sociale ❖ Atouts et limites des mesures en vigueur ❖ Le contrôle et l'application des mesures

VI- Guide d'entretien avec les responsables de structure sociale (CSS, IPRESS, IPM, Assurance, Mutuelle)

Thèmes	Sous-thèmes
I. Présentation de la structure sociale	✓ création de la structure (contexte) ✓ Organisation et fonctionnement ✓ Les activités de l'organisme ✓ les catégories et personnes cibles
II. Les prestations de l'organisme	▪ Les produits ▪ Les risques couverts ▪ La participation du bénéficiaire (mode, taux et fréquence de participation)
III. Le Financement de la structure	✓ Mode financement ✓ Les acteurs du financement ✓ Le recouvrement
IV. Les contraintes	▪ La nature des difficultés ▪ La gestion des contraintes ▪ Le mode de dépassement des difficultés
V- Les relations avec les partenaires sociaux	✓ La relation avec l'Etat, ✓ La relation avec les syndicats, ✓ La relation avec les entreprises, ✓ La relation avec les structures sanitaires ✓ La relation avec les clients ou bénéficiaires
VI- L'assurance maladie au Sénégal	• Les enjeux de l'assurance maladie au Sénégal • L'assurance maladie publique • L'assurance maladie privée • Le rôle des tontines et des mutuelles de santé • Les atouts et les contraintes de l'assurance maladie
VII- La prise en charge médicale des ouvriers du bâtiment	➤ La nature des prises en charges ➤ Les différentes prestations ➤ Les avantages pour l'ouvrier du bâtiment ➤ Les contraintes liées à la prise en charge médicale des ouvriers du bâtiment

ANNEXE II-1- Liste des tableaux de tri à plat

Tableau 1: Répartition de l'échantillon l'âge

Age (en années)	Effectifs	Fréquences (en %)
Moins de 20	6	1,1%
20-24	109	20,5%
25-29	129	24,3%
30-34	90	16,9%
35-39	68	12,8%
40-44	47	8,9%
45-49	31	5,8%
50-54	23	4,3%
55-60	15	2,8%
+60ans	13	2,4%
TOTAL	531	100%

Tableau 2: Répartition de l'échantillon selon la situation matrimoniale

Situation familiale	Effectifs	Fréquences (en %)
Marié	274	51,6%
Célibataire	248	46,7%
Divorcé	7	1,3%
Veuf	2	0,4%
TOTAL	531	100%

Tableau 3: Répartition de l'échantillon selon le nombre d'enfants

Nombre d'enfants	Effectifs	Fréquences (en %)
Plus de 10	12	2,3%
entre 5 et 10	61	11,6%
Quatre	32	6,1%
Trois	40	7,6%
Deux	48	9,1%
Un	75	14,2%
Sans enfant	259	49,1%
TOTAL	527	100%

Tableau 4: Répartition de l'échantillon selon l'ethnie de l'ouvrier

Ethnies	Effectifs	Fréquences (en %)
Bambara	16	3,0%
Diola	23	4,3%
Mandingue	30	5,6%
Mandjack	15	2,8%
Maure	7	1,3%
Peul	97	18,3%
Sarakholé	9	1,7%
Sérère	107	20,2%
Wolof	222	41,8%
Autre	5	0,9%
TOTAL	531	100%

Tableau 5: Répartition de l'échantillon selon le type d'études

Type d'études	Effectifs	Fréquences (en %)
Enseignement général en français	344	70,3%
Enseignement coranique/ arabe	143	29,2%
Alphabétisation en langue nationale	2	0,4%
TOTAL	489	100%

Tableau 6: Répartition de l'échantillon selon le niveau d'études

Niveau d'études	Effectifs	Fréquences (en %)
Supérieur	8	2,2%
Secondaire	118	32,2%
Primaire	241	65,7%
TOTAL	367	100%

Tableau 7: Répartition de l'échantillon selon le corps de métier

Corps de métier	Effectifs	Fréquences (en %)
Carrelage	61	11,5%
conducteurs de véhicules	7	1,3%
Décoration	7	1,3%
Electricité	41	7,7%
Ferrailage	4	0,8%
Maçonnerie	163	30,7%
Menuiserie en bois	79	14,9%
Menuiserie métallique	50	9,4%
Moulage de briques	27	5,1%
Peinture	40	7,5%
Plafonnage	13	2,4%
Plomberie	26	4,9%
Vitrierie	13	2,4%
TOTAL	531	100%

Tableau 8 : Répartition de l'échantillon selon le statut de l'ouvrier

Statut	Effectifs	Fréquences (en %)
Prestataire de services	352	69,7%
Employé	88	17,4%
Propriétaire d'entreprise	19	3,8%
En apprentissage	40	7,9%
Sans statut	6	1,2%
TOTAL	505	100%

Tableau 9: Répartition de l'échantillon selon la durée d'activité

Durée d'activité (en années)	Effectifs	Fréquences (en %)
Moins de 1 an	14	2,6%
1-4	58	10,9%
5-9	124	23,4%
10-14	129	24,3%
15-19	85	16,0%
20 et plus	121	22,8%
TOTAL	531	100%

Tableau 10 : Répartition de l'échantillon selon la taille du ménage

Taille du ménage	Effectifs	Fréquences (en %)
Moins de 5 personnes	71	14,5%
Entre 5 et 10 personnes	198	40,4%
Plus de 10 personnes	221	45,1%
TOTAL	490	100%

Tableau 11: Répartition de l'échantillon selon le nombre de personnes à charge dans le ménage

Nombre de personnes en charge	Effectifs	Fréquences (en %)
Aucun	106	22,3%
la moitié	119	25,0%
tout le ménage	223	46,8%
2 personnes	12	2,5%
3 personnes	5	1,1%
1 personne	11	2,3%
TOTAL	476	100%

Tableau 12: Répartition de l'échantillon selon le revenu mensuel de l'ouvrier

Revenu mensuel de l'ouvrier (en FCFA)	Effectifs	Fréquences (en %)
Moins de 36 000	55	10,4%
de 36 000 à 72 000	105	19,9%
De 72 000 à 108 000	137	25,9%
De 108 000 à 144 000	51	9,7%
De 144 000 et 180 000	29	5,5%
Plus de 180 000	54	10,2%
Ne sait pas	46	8,7%
Revenu irrégulier	51	9,7%
TOTAL	528	100%

Tableau 13: Répartition de l'échantillon selon le revenu mensuel dans le ménage

Revenu mensuel du ménage (en FCFA)	Effectifs	Fréquences (en %)
Moins de 36 000	5	1,0%
de 36 000 à 72 000	42	8,1%
De 72 000 à 108 000	115	22,1%
De 108 000 à 144 000	70	13,5%
De 144 000 et 180 000	65	12,5%
Plus de 180 000	150	28,8%
Ne sait pas	73	14,0%
TOTAL	520	100%

Tableau 14: Répartition de l'échantillon selon l'origine des revenus du ménage

Ressources financières du ménage	Effectifs	Fréquences (en %)
Revenu personnel	115	29,6%
Endettement	33	8,5%
Epargne	3	0,8%
Revenu des autres membres du ménage	190	48,8%
Autres soutiens	48	12,3%
TOTAL	389	100%

Tableau 15: Répartition de l'échantillon selon les dépenses mensuelles dans le ménage

Dépense mensuelle du ménage (en FCFA)	Effectifs	Fréquences (en %)
Moins de 36 000	23	4,4%
de 36 000 à 72 000	76	14,5%
De 72 000 à 108 000	133	25,4%
De 108 000 à 144 000	76	14,5%
De 144 000 et 180 000	71	13,5%
Plus de 180 000	75	14,3%
Ne sait pas	70	13,4%
TOTAL	524	100%

Tableau 16: Répartition de l'échantillon selon les domaines de dépenses

Domaine de dépenses du ménage	Effectifs	Fréquences (en %)
Santé	14	2,7%
Education	14	2,7%
Nourriture	410	79,0%
Logement	49	9,4%
Transport	10	1,9%
Habillement	4	0,8%
Factures (électricité, eau, téléphone)	18	3,5%
TOTAL	519	100%

Tableau 17: Répartition de l'échantillon selon la stratégie de survie dans le ménage

Stratégies de survie	Effectifs	Fréquences (en %)
Endettement	248	62,2%
Mendicité	2	0,5%
Vente de biens personnels ou familiaux	25	6,3%
Soutien d'un tiers	12	3,0%
Soutien de l'employeur	1	0,3%
Débrouillardise	30	7,5%
Solliciter les connaissances	0	0,0%
Solidarité familiale	37	9,3%
S'en remet à Dieu	14	3,5%
Epargne	11	2,8%
Seconde activité personnelle	6	1,5%
Diminuer les dépenses	4	1,0%
Trouver d'autres chantiers	3	0,8%
Revenu salarial personnel	6	1,5%
TOTAL	399	100%

Tableau 18: Répartition de l'échantillon selon le financier des soins de santé

Responsable des frais de santé	Effectifs	Fréquences (en %)
Votre employeur	10	1,9%
Votre époux (se)	0	0,0%
Votre père ou mère	67	12,7%
Vos cousins (es)	1	0,2%
Vos enfants	1	0,2%
Vos tantes et oncles	10	1,9%
Vous-mêmes	362	68,4%
Vos frères/ sœurs	42	7,9%
Tout le monde participe	25	4,7%
Le malade lui-même	6	1,1%
Soutien extérieur	3	0,6%
La personne qui dispose d'argent en ce moment	2	0,4%
TOTAL	529	100%

Tableau 19: Répartition de l'échantillon selon la personne soignée

Personne soignée	Effectifs	Fréquences (en %)
Vous-même	29	11,7%
Votre épouse	57	23,1%
Votre enfant	66	26,7%
Votre père ou mère	32	13,0%
Votre cousin/cousine	2	0,8%
Votre frère ou sœur	40	16,2%
Un voisin	1	0,4%
Votre grand-mère	3	1,2%
Un oncle / Tante	4	1,6%
Votre neveu/niece	7	2,8%
Votre apprenti	2	0,8%
Votre belle famille	2	0,8%
Un (e) copain (e)	2	0,8%
TOTAL	247	100%

Tableau 20: Répartition de l'échantillon selon la raison des frais des soins de santé

Motif des frais de soins	Effectifs	Fréquences (en %)
Ticket d'entrée à la structure de santé	93	37,7%
Frais d'hospitalisation	27	10,9%
Achat de médicaments	109	44,1%
Frais d'analyses (laboratoire, radiographie ou échographie)	11	4,5%
Frais d'opération	1	0,4%
Médecine traditionnelle	1	0,4%
frais de consultation	3	1,2%
Transport de la personne malade	1	0,4%
Frais de maternité	1	0,4%
TOTAL	247	100%

Tableau 21: Répartition de l'échantillon selon le montant dépensé en soins de santé

Montant (en FCFA)	Effectifs	Fréquences (en %)
Gratuit	2	0,8%
Moins de 1000	3	1,2%
Entre 1000-5000	21	8,4%
Entre 5000-10000	40	16,1%
Entre 10000-20000	51	20,5%
Entre 20000 et 30 000	26	10,4%
Entre 30000- 40 000	20	8,0%
Plus de 40 000	75	30,1%
Ne sait pas	11	4,4%
TOTAL	249	100%

Tableau 22: Répartition de l'échantillon selon l'origine des ressources financières en santé

Origine du montant dépensé	Effectifs	Fréquences (en %)
Revenu salarial	158	63,5%
Epargne	52	20,9%
Endettement	10	4,0%
Soutien familial	23	9,2%
Vente de biens personnels et familiaux	3	1,2%
Débrouillardise	1	0,4%
Employeur	1	0,4%
Assurance maladie	1	0,4%
TOTAL	249	100%

Tableau 23: Répartition de l'échantillon selon la stratégie de résolution des difficultés économiques dans le ménage

Stratégie de survie	Effectifs	Fréquences (en %)
Revenu personnel	140	44,0%
Endettement	113	35,5%
Mendicité	1	0,3%
Vente de biens personnels ou familiaux	10	3,1%
Aide familiale	23	7,2%
Ne fait rien	2	0,6%
Remboursement par l'employeur	1	0,3%
Soutien d'un tiers	14	4,4%
Revenu des parents	6	1,9%
Seconde activité	2	0,6%
Epargne	4	1,3%
Revenu de l'époux (se)	0	0,0%
Avance sur salaire	1	0,3%
Revenu des frères/sœurs□	0	0,0%
Assurance maladie personnelle	1	0,3%
TOTAL	318	100%

Tableau 24: Répartition de l'échantillon selon le type des difficultés en matière de prise en charge de la santé

Types de difficultés	Effectifs	Fréquences (en %)
Ticket d'entrée à la structure de santé	37	12,6%
Frais hospitalisation	41	13,9%
Achat de médicaments	201	68,4%
Frais d'analyses (laboratoire, radiographie ou échographie)	13	4,4%
Frais d'opération	1	0,3%
Manque d'argent	1	0,3%
TOTAL	294	100%

Tableau 25: Répartition de l'échantillon selon les éléments de sécurité dans les lieux de travail

Eléments de sécurité	Effectifs	Fréquences (en %)
Mesures de sécurité	112	54,1%
Matériel de sécurité	49	23,7%
Environnement de travail	34	16,4%
Conseils et mise en garde des patrons	1	0,5%
Entre les mains de DIEU	10	4,8%
Ne sait pas	1	0,5%
TOTAL	207	100%

Tableau 26: Répartition de l'échantillon selon les dangers dans les lieux de travail

Dangers	Effectifs	Fréquences (en %)
Accidents de travail	320	93,3%
Maladies professionnelles	23	6,7%
Le stress et la fatigue	0	0,0%
TOTAL	343	100%

Tableau 27: Répartition de l'échantillon selon l'existence de matériel de protection

Existence de matériel de protection	Effectifs	Fréquences (en %)
Oui	296	55,7%
Non	235	44,3%
TOTAL	531	100%

Tableau 28: Répartition de l'échantillon selon le type d'outils de protection individuel

OUTILS INDIVIDUELS DE PROTECTION	Effectifs	Fréquences en %)
Casques	81	28,1%
Bottes	90	31,3%
Masques	51	17,7%
Gangs	39	13,5%
Lunettes	14	4,9%
Tenue	5	1,7%
Autres	8	2,8%
TOTAL	288	100%

Tableau 29: Répartition de l'échantillon selon l'alternative à une protection contre les risques au travail

Alternative	Effectifs	Fréquence (%)
Prudence	105	68,2%
Protection divine	44	28,6%
Autres	5	3,2%
TOTAL	154	100%

Tableau 30: Répartition de l'échantillon selon l'opinion sur l'adhésion à une assurance sociale

Avis sur l'adhésion à la sécurité sociale	Effectifs	Fréquences (en %)
Volontaire	67	13,6%
Obligatoire	279	56,6%
Facultative	89	18,1%
Ne sait pas	57	11,6%
Pas nécessaire	1	0,2%
TOTAL	493	100%

Tableau 31 : Répartition de l'échantillon selon la souscription à une sécurité sociale

Souscription à la sécurité sociale	Effectifs	Fréquences (en %)
Oui	27	5,1%
Non	500	94,3%
Ne sait pas	3	0,6%
TOTAL	530	100%

Tableau 32: Répartition de l'échantillon selon la non-affiliation à une police d'assurance sociale

Raisons de non affiliation à une assurance	Effectifs	Fréquences (en %)
Manque de moyens	216	43,6%
Ignorance	192	38,8%
Absence d'intérêts	32	6,5%
Négligence	27	5,5%
Statut précaire	3	0,6%
Refus de cotisation du patron	2	0,4%
Ne sait pas	1	0,2%
Travailleur indépendant	1	0,2%
S'en remet à Dieu	1	0,2%
N'est pas une priorité	3	0,6%
Manque de présence des structures	7	1,4%
Manque de temps	1	0,2%
Aucune raison	4	0,8%
Pas de difficulté pour prendre en charge votre santé	2	0,4%
bénéficie de l'assurance maladie des parents	1	0,2%
Ne fait pas confiance	1	0,2%
Difficulté de remboursement par les assurances	1	0,2%
TOTAL	495	100,0%

Tableau 33: Répartition de l'échantillon selon l'alternative à l'assurance santé

Alternative à la prise en charge	Effectifs	Fréquences (en %)
Automédication	101	20,0%
Médecine traditionnelle	49	9,7%
Soins dans les structures Sanitaires	337	66,6%
Soutien d'un tiers	16	3,2%
Assurance maladie des parents	3	0,6%
TOTAL	506	100%

Tableau 34: Répartition de l'échantillon selon les raisons du renoncement aux soins de santé

Raisons du renoncement aux soins de santé	Effectifs	Fréquences (en %)
Manque de moyens	77	91,7%
Négligence	6	7,1%
Autres	1	1,2%
TOTAL	84	100%

Tableau 35: Répartition de l'échantillon selon le type d'assurance privilégié

Assurance privilégiée	Effectifs	Fréquences (en %)
Caisse de sécurité sociale	116	26,5%
Assurance privée	45	10,3%
IPM	31	7,1%
Mutuelle de santé,	173	39,5%
N'importe lequel	6	1,4%
La meilleure d'entre elles	23	5,3%
Ne sait pas	44	10,0%
TOTAL	438	100%

Tableau 36 : Répartition de l'échantillon selon la cotisation mensuelle à l'assurance santé

Cotisation mensuelle à l'assurance santé (en FCFA)	Effectifs	Fréquence (en %)
200-500	1	6,7
500-1000	3	20,0
1000-2000	4	26,7
2000-5000	5	33,3
5000-10000	2	13,3
TOTAL	15	100,0

ANNEXE II-2- Liste des tableaux croisés

Tableau 37 : Répartition de l'échantillon selon les difficultés pour prendre en charge les besoins du ménage, les dépenses et les revenus mensuels du ménage (Tableau construit sur un échantillon de 396 individus; Les pourcentages sont en ligne.)

Avez-vous de difficultés pour prendre en charge les besoins du ménage?			A combien s'élève la dépense mensuelle de votre ménage (FCFA)?					TOTAL
			De 36 000 à 71 000	De 72 000 à 107 000	De 108 000 à 143 000	De 144 000 à 179 000	Plus 180 000	
Oui	Dans quelle tranche se situe le revenu mensuel du ménage (FCFA)?	De 36 000 à 71 000	50%	32%	14%	4%		100%
		De 72 000 à 107 000	29%	44%	17%	8%	2%	100%
		De 108 000 à 143 000	16%	47%	25%	10%	2%	100%
		De 144 000 à 179 000	11%	16%	21%	39%	13%	100%
		Plus de 180 000	4%	9%	16%	22%	49%	100%
	Total		18%	27%	18%	17%	20%	100%
Non	Dans quelle tranche se situe le revenu mensuel du ménage (FCFA)?	De 36 000 à 71 000	67%	33%				100%
		De 72 000 à 107 000	27%	55%	15%		3%	100%
		De 108 000 à 143 000	13%	53%	34%			100%
		De 144 000 à 179 000	11%	33%	22%	28%	6%	100%
		Plus de 180 000		18%	15%	24%	43%	100%
	TOTAL		16%	38%	18%	13%	15%	100%

Tableau 38 : Répartition de l'échantillon selon les motifs de frais de santé et l'affiliation à une assurance (Tableau construit sur un échantillon de 246 individus; Les pourcentages sont en colonne)

MOTIF DE LA DEPENSE/Sécurité sociale	Oui	Non	TOTAL
Ticket d'entrée à la structure de santé	50%	37%	38%
Frais d'hospitalisation et de soins	25%	18%	18%
Achat de médicaments	25%	45%	44%
TOTAL	100%	100%	100%

Tableau 39 : Répartition de l'échantillon selon les difficultés de prise en charge de la santé et les revenus dans le ménages (Tableau construit sur un échantillon de 525 individus; Les pourcentages sont en ligne)

		Votre revenu couvre-t-il totalement les besoins du ménage?		Total
		Oui	Non	
Avez-vous des difficultés pour prendre en charge des frais médicaux de votre ménage?	Oui	17%	83%	100%
	Non	37%	63%	100%
TOTAL		26%	74%	100%

Tableau 40 Répartition de l'échantillon selon les difficultés de prise en charge de la santé et la souscription à une assurance santé (Tableau construit sur un échantillon de 566 individus; Les pourcentages sont en colonne)

		Etes-vous affilié à une structure d'assurance sociale?		TOTAL
		Oui	Non	
Avez-vous des difficultés pour prendre en charge des frais médicaux de votre ménage?	Oui	26%	56%	55%
	Non	74%	44%	45%
TOTAL		100%	100%	100%

Tableau 41: Répartition de l'échantillon selon les difficultés de prise en charge de la santé et l'âge

Difficultés dans la prise en charge	Oui	Non	TOTAL
Age			
Moins de 30	39%	54%	46%
Entre 30-50	48%	40%	44%
50 et plus	13%	6%	10%
TOTAL	100%	100%	100%

Tableau 42: Répartition de l'échantillon selon les difficultés de prise en charge de la santé et la situation matrimoniale

		Situation matrimoniale			TOTAL
		Marié	Célibataire	Autres	
Difficultés de prise en charge de la santé	Oui	60%	38%	2%	100%
	Non	41%	58%	1%	100%
TOTAL		52%	47%	1%	100%

Tableau 43 : Répartition de l'échantillon selon les difficultés de prise en charge de la santé et la situation parentale

		Avez-vous des enfants?		TOTAL
		Oui	Non	
Difficultés de prise en charge de la santé	Oui	66%	44%	55%
	Non	34%	56%	45%
TOTAL		100%	100%	100%

Tableau 44 : Représentation de l'échantillon selon le niveau d'étude et la connaissance de la sécurité sociale (tableau construit sur un échantillon de 365 individus)

		Savez-vous ce qu'est la sécurité sociale?		TOTAL
		Oui	Non	
Quel est votre niveau d'études ?	Supérieur	2%	2%	2%
	Secondaire	40%	25%	32%
	Primaire	58%	73%	66%
TOTAL		100%	100%	100%

Tableau 45 : Représentation de l'échantillon selon le domaine d'étude et la connaissance de la sécurité sociale (tableau construit sur un échantillon de 527 individus)

		Si oui, dans quel domaine?				TOTAL
		Enseignement général en français	Enseignement coranique/arabe	Alphabétisation en langue nationale	Néant	
Savez-vous ce qu'est la sécurité sociale?	Oui	72%	24%	0%	4%	100%
	Non	59%	29%	1%	11%	100%
TOTAL		65%	27%	0%	8%	100%

Tableau 46: Représentation de l'échantillon selon la paternité et la connaissance de la sécurité sociale (tableau construit sur un échantillon de 527 individus)

		Savez-vous ce qu'est la sécurité sociale?		TOTAL
		Oui	Non	
Avez-vous des enfants?	Oui	55%	46%	50%
	Non	45%	54%	50%
TOTAL		100%	100%	100%

Tableau 47: Représentation de l'échantillon selon le statut de l'ouvrier et la connaissance de la sécurité sociale (tableau construit sur un échantillon de 428 individus)

catégorie et échelon			
Information sur la sécurité sociale	Manœuvres	Ouvriers qualifiés/ Ouvriers professionnels	TOTAL
Oui	10%	90%	100%
Non	5%	95%	100%
TOTAL	8%	93%	100%

Tableau 48 : Répartition de l'échantillon selon le corps de métier et la connaissance de la sécurité sociale (tableau construit sur un échantillon de 527 individus. Les pourcentages sont en colonne)

Information sur la sécurité sociale	Oui	Non	TOTAL
CORPS DE METIER			
Construction	70%	76%	73%
Finition	13%	14%	14%
Maintenance	17%	10%	13%
TOTAL	100%	100%	100%

Tableau 49 : Répartition de l'échantillon selon le type d'entreprise et la connaissance de la sécurité sociale (tableau construit sur un échantillon de 106 individus. Les pourcentages sont en colonne)

Type d'entreprise				
Information sur la sécurité sociale	Familial	Privé moderne	Public	TOTAL
Oui	42%	71%	67%	52%
Non	58%	29%	33%	48%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

Tableau 50: Répartition de l'échantillon selon l'assurance de l'ouvrier et les difficultés dans le ménage (Tableau construit sur un échantillon de 508 individus; Les pourcentages sont en ligne)

		Avez-vous de difficultés pour prendre en charge les besoins du ménage?		TOTAL
		Oui	Non	
Etes-vous affilié à une structure d'assurance sociale?	Assuré	56%	44%	100%
	Non assuré	75%	25%	100%
TOTAL		74%	26%	100%

Tableau 51 : Répartition de l'échantillon selon le statut de l'ouvrier et l'affiliation à une assurance (Tableau construit sur un échantillon de 504 individus. Les pourcentages sont en ligne)

		Statut de l'ouvrier			TOTAL
		Prestataire de services	Employé	Autres	
Affiliation à une structure d'assurance sociale	Oui	27%	65%	8%	100%
	Non	72%	15%	13%	100%
	Ne sait pas	0%	67%	33%	100%
TOTAL		70%	17%	13%	100%

Tableau 52 : Répartition de l'échantillon selon l'ancienneté et la sous-catégorie de l'ouvrier

		Dans quelle sous-catégorie êtes-vous classé?			TOTAL
		Manœuvres	Ouvriers qualifiés	Ouvriers professionnels	
Depuis combien de temps exercez-vous ce métier?	Moins de 5 ans	22%	7%	12%	14%
	Entre 5-10 ans	30%	21%	21%	23%
	Plus de 10 ans	48%	72%	67%	63%
TOTAL		100%	100%	100%	100%

ANNEXE II-3- Liste des tableaux des tests statistiques

Tableau 53 : Résultats de tests de Chi2 portant sur l'ancienneté et la sous-catégorie de l'ouvrier

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	19,087 ^a	4	,001
Rapport de vraisemblance	18,930	4	,001
Association linéaire par linéaire	10,413	1	,001
Nombre d'observations valides	528		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 11,73.

Tableau 54: Résultats de tests de corrélation, phi et V de cramer portant sur l'ancienneté et la sous-catégorie

Mesures symétriques					
		Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par	Phi	,190			,001
Nominal	V de Cramer	,134			,001
	Coefficient de contingence	,187			,001
Intervalle par	R de Pearson	,141	,046	3,256	,001 ^c
Intervalle					
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	,127	,045	2,946	,003 ^c
Nombre d'observations valides		528			

a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.

b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.

c. Basé sur une approximation normale.

Tableau 55 : Résultats de tests de Chi2 portant sur l'âge et la durée d'activité

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	164,137 ^a	18	,000
Rapport de vraisemblance	173,607	18	,000
Association linéaire par linéaire	105,395	1	,000
Nombre d'observations valides	531		

a. 9 cellules (30,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,81.

Tableau 56 : Résultats de tests de Chi2 portant sur la fécondité par âge

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	300,769 ^a	12	,000
Rapport de vraisemblance	315,471	12	,000
Association linéaire par linéaire	213,923	1	,000
Nombre d'observations valides	527		

a. 1 cellules (4,8%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 4,29.

Tableau 57 : Résultats de tests de Chi2 portant sur la fécondité et la catégorie professionnelle de l'ouvrier

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	503,578 ^a	3	,000
Rapport de vraisemblance	669,206	3	,000
Association linéaire par linéaire	366,453	1	,000
Nombre d'observations valides	527		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 5,94.

Tableau 58: Résultats de tests de corrélation portant sur la fécondité et la catégorie professionnelle de l'ouvrier

Mesures symétriques					
		Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par	Phi	,978			,000
Nominal	V de Cramer	,978			,000
	Coefficient de contingence	,699			,000
Intervalle par	R de Pearson	,835	,017	34,725	,000 ^c
Intervalle					
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	,929	,012	57,446	,000 ^c
Nombre d'observations valides		527			

a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.

b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.

c. Basé sur une approximation normale.

Tableau 59 : Résultats de tests de Chi 2 portant sur la fécondité et la situation matrimoniale de l'ouvrier

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	287,976 ^a	3	,000
Rapport de vraisemblance	329,939	3	,000
Association linéaire par linéaire	229,035	1	,000
Nombre d'observations valides	518		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 5,65.

Tableau 60: Mesures symétriques portant sur la fécondité selon la taille du ménage

Mesures symétriques					
		Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par	Phi	,248			,000
Nominal	V de Cramer	,175			,000
	Coefficient de contingence	,241			,000
Intervalle par	R de Pearson	-,153	,039	-3,414	,001 ^c
Intervalle					
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	-,120	,044	-2,653	,008 ^c
Nombre d'observations valides		486			

a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.

b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.

c. Basé sur une approximation normale.

Tableau 61 : Résultats de tests de Chi2 portant sur la fécondité selon la taille du ménage

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	29,917 ^a	6	,000
Rapport de vraisemblance	38,554	6	,000
Association linéaire par linéaire	11,402	1	,001
Nombre d'observations valides	486		

a. 3 cellules (25,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 1,58.

Tableau 62 : Résultats de tests de Chi2 entre le corps de métier et le statut

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	93,094 ^a	48	,000
Rapport de vraisemblance	92,084	48	,000
Association linéaire par linéaire	,047	1	,828
Nombre d'observations valides	505		

a. 46 cellules (70,8%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,05.

Tableau 63: Résultats des mesures symétriques entre le corps de métier et le statut

Mesures symétriques					
		Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par	Phi	,429			,000
Nominal	V de Cramer	,215			,000
	Coefficient de contingence	,395			,000
Intervalle par	R de Pearson	-,010	,042	-,217	,829 ^c
Intervalle					
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	-,021	,044	-,470	,638 ^c
Nombre d'observations valides		505			

a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.

b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.

c. Basé sur une approximation normale.

Tableau 64 : Résultats de tests de Chi2 portant sur le type de contrat selon le statut de l'ouvrier

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	7,542 ^a	2	,023
Rapport de vraisemblance	9,039	2	,011
Association linéaire par linéaire	2,051	1	,152
Nombre d'observations valides	40		

a. 2 cellules (33,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 2,25.

Tableau 65: Résultats de tests de Chi2 entre le revenu et le travail des autres membres du ménage

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	30,832 ^a	6	,000
Rapport de vraisemblance	33,445	6	,000
Association linéaire par linéaire	17,116	1	,000
Nombre d'observations valides	514		

a. 2 cellules (14,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 2,42.

Tableau 66 : Résultats de tests de Chi2 portant sur le statut de l'ouvrier et l'exercice d'une tierce activité

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	5,524 ^a	2	,063
Rapport de vraisemblance	5,523	2	,063
Association linéaire par linéaire	1,903	1	,168
Nombre d'observations valides	520		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 28,44.

Tableau 67 : Résultats de tests de corrélation entre les revenus et les dépenses mensuelles du ménage

Corrélations			
		A combien s'élève la dépense mensuelle de votre ménage?	Dans quelle tranche se situe le revenu mensuel du ménage?
A combien s'élève la dépense mensuelle de votre ménage?	Corrélation de Pearson	1	,594**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	524	518
Dans quelle tranche se situe le revenu mensuel du ménage?	Corrélation de Pearson	,594**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	518	520

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Tableau 68 : Résultats de tests de régression entre la dépense et les revenus du ménage

Récapitulatif des modèles ^b										
Modèle	R	R-deux ajusté	R-deux	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques					Durbin - Watson
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Sig. Variation de F	
dimension 10	,594 ^a	,352	,351	1,318	,352	280,730	1	516	,000	1,831

a. Valeurs prédites : (constantes), A combien s'élève la dépense mensuelle de votre ménage?

b. Variable dépendante : Dans quelle tranche se situe le revenu mensuel du ménage?

Tableau 69 : Résultats d'analyse de la variance portant sur les revenus et les dépenses dans le ménage

ANOVA ^b						
Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	488,002	1	488,002	280,730	,000 ^a
	Résidu	896,981	516	1,738		
	TOTAL	1384,983	517			

a. Valeurs prédites : (constantes), A combien s'élève la dépense mensuelle de votre ménage?

b. Variable dépendante : Dans quelle tranche se situe le revenu mensuel du ménage?

Tableau 70 : Résultats des coefficients portant sur les revenus et les dépenses dans le ménage

Coefficients ^a										
Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations			Statistiques de colinéarité	
	A	Erreur standar d	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partielle	Tolérance	VIF
1 (Constante)	2,431	,148		16,456	,000					
A combien s'élève la dépense mensuelle de votre ménage?	,552	,033	,594	16,755	,000	,594	,594	,594	1,000	1,000

a. Variable dépendante : Dans quelle tranche se situe le revenu mensuel du ménage?

Tableau 71 : Résultats de tests de Chi2 selon la souscription à une assurance santé et le domaine d'investissement dans le ménage

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	25,29 ^a	3	,000
Rapport de vraisemblance	33,445	3	,000
Association linéaire par linéaire	17,116	1	,000
Nombre d'observations valides	515		

a. 2 cellules (14,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 2,42.

Tableau 72 : Résultats de tests de Chi2 portant sur les revenus, les dépenses et les difficultés dans le ménage

Test

	Dans quelle tranche se situe le revenu mensuel du ménage?	Avez-vous de difficultés pour prendre en charge les besoins du ménage?	A combien s'élève la dépense mensuelle de votre ménage?
Khi-deux	179,297 ^a	111,067 ^b	78,874 ^c
Ddl	6	1	6
Signification asymptotique	,000	,000	,000

a. 0 cellules (,0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 74,0.

b. 0 cellules (,0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 255,0.

c. 0 cellules (,0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 74,6.

Tableau 73 : Résultats de tests de Chi2 portant sur le statut de l'ouvrier et la disponibilité d'EIP

Tests du Khi-deux

Disposez-vous de matériel de protection individuel dans votre lieu de travail?		Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Oui	Khi-deux de Pearson	11,376 ^a	8	,000
	Rapport de vraisemblance	10,697	8	,000
	Association linéaire par linéaire	3,598	1	,000
	Nombre d'observations valides	279		
Non	Khi-deux de Pearson	5,691 ^b	8	,000
	Rapport de vraisemblance	6,244	8	,000
	Association linéaire par linéaire	,266	1	,000
	Nombre d'observations valides	221		

a. 6 cellules (40,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,34.

b. 8 cellules (53,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,63.

Tableau 74 : Résultats de corrélation entre la disponibilité d'EIP et son utilisation

Corrélations			
		Disposez-vous de matériel de protection individuel dans votre lieu de travail?	Utilisez-vous ce matériel de protection dans vos activités
Disposez-vous de matériel de protection individuel dans votre lieu de travail?	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	1 531	,955** 523
Utilisez-vous ce matériel de protection dans vos activités	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,955** 523	1 523

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Tableau 75 : Résultats de tests de Phi et de V de Cramer entre disponibilité et utilisation EIP

Mesures symétriques					
		Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal	par Phi	,955			,000
Nominal	V de Cramer	,955			,000
Intervalle	par R de Pearson	,955	,013	73,378	,000 ^c
Intervalle					
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	,955	,013	73,378	,000 ^c
Nombre d'observations valides		523			

a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.

b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.

c. Basé sur une approximation normale.

Tableau 76 : Résultats de tests d'analyse de la variance portant sur la disponibilité et l'Utilisation d'EIP

ANOVA ^b					
Modèle	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1 Régression	117,990	1	117,990	5384,331	,000 ^a
Résidu	11,417	521	,022		
TOTAL	129,407	522			

a. Valeurs prédites : (constantes), Utilisez-vous ce matériel de protection dans vos activités

b. Variable dépendante : Disposez-vous de matériel de protection individuel dans votre lieu de travail?

Tableau 77 : Résultats des tests (récapitulatifs des modèles) portant sur la disponibilité et l'Utilisation d'EIP

Récapitulatif des modèles^b

Modèle	R	R- deu x	R- deux ajust é	Erreur standard de l'estimatio n	Changement dans les statistiques					Durbin - Watson	
					Variatio n de R- deux	Variatio n de F	ddl 1	ddl 2	Sig. Variatio n de F		
dimension 0	1 a	,955	,912	,912	,148	,912	5384,331	1	521	,000	1,746

a. Valeurs prédites : (constantes), Utilisez-vous ce matériel de protection dans vos activités

b. Variable dépendante : Disposez-vous de matériel de protection individuel dans votre lieu de travail?

Tableau 78 : Résultats de tests de Chi2 portant sur le port d'EIP selon le corps de métier

Tests du Khi-deux

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	31,306 ^a	7	,000
Rapport de vraisemblance	32,677	7	,000
Association linéaire par linéaire	1,270	1	,260
Nombre d'observations valides	523		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 11,33.

Tableau 79 : Résultats des tests des mesures symétriques entre le port d'EIP et le corps de métier

Mesures symétriques

		Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	,245			,000
	V de Cramer	,245			,000
Intervalle par Intervalle	R de Pearson	,049	,044	1,127	,260 ^c
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	-,003	,044	-,070	,945 ^c
Nombre d'observations valides		523			

a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.

b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.

c. Basé sur une approximation normale.

Tableau 80 : Résultats de tests de Chi2 entre la prise en charge de soins et l'affiliation à une assurance

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	3,696 ^a	1	,055	,074	,041
Correction pour la continuité ^b	2,974	1	,085		
Rapport de vraisemblance	3,820	1	,051		
Test exact de Fisher					
Association linéaire par linéaire	3,689	1	,055		
Nombre d'observations valides	527				

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 12,86.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Tableau 81 : Résultats de mesures symétriques portant sur la prise en charge de frais de soins et l'affiliation à une assurance santé

Mesures symétriques

	Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par Phi	-,084			,055
Nominal V de Cramer	,084			,055
Intervalle par R de Pearson	-,084	,041	-1,926	,055 ^c
Intervalle				
Ordinal par Ordinal Corrélation de Spearman	-,084	,041	-1,926	,055 ^c
Nombre d'observations valides	527			

a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.

Tableau 82 : Résultats de tests de corrélation entre le revenu de l'ouvrier et la prise en charge de la santé dans le ménage

Corrélations		
	Dans quelle tranche se situe votre revenu mensuel personnel ?	Personnellement avez-vous pris en charge des frais de soins d'un membre de votre ménage ces trois derniers mois?
Dans quelle tranche se situe votre revenu mensuel personnel ? Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	1 528	-,142** 528 ,001
Personnellement avez-vous pris en charge des frais de soins d'un membre de votre ménage ces trois derniers mois? Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,142** 528 ,001	1 531

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Tableau 83 : Résultats de test de corrélation entre le revenu mensuel de l'ouvrier et les dépenses de santé

Corrélations		
	Dans quelle tranche se situe votre revenu mensuel personnel ?	Quel était le montant dépensé?
Dans quelle tranche se situe votre revenu mensuel personnel ? Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	1 528	,103 248 ,105
Quel était le montant dépensé? Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,103 248 ,105	1 249

Tableau 84 : Résultats de tests de Chi2 portant sur le nombre de personne en charge et les difficultés de santé

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	42,491 ^a	2	,000
Rapport de vraisemblance	42,928	2	,000
Association linéaire par linéaire	30,415	1	,000
Nombre d'observations valides	475		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 46,64.

Tableau 85 : Résultats de tests de corrélation de Pearson portant sur le nombre de personne en charge et les difficultés de santé

Corrélations

		Combien de personnes sont à votre charge ?	Avez-vous des difficultés pour prendre en charge des frais médicaux de votre ménage?
Combien de personnes sont à votre charge ?	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	1 476	-,253** 475
Avez-vous des difficultés pour prendre en charge des frais médicaux de votre ménage?	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,253** 475	1 530

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Tableau 86 : Résultats de tests symétriques portant sur le nombre de personne en charge et les difficultés de santé

Mesures symétriques

	Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par Phi	,299			,000
Nominal V de Cramer	,299			,000
Intervalle par R de Pearson	-,253	,044	-5,695	,000 ^c
Intervalle				
Ordinal par Ordinal de Corrélation Spearman	-,235	,045	-5,267	,000 ^c
Nombre d'observations valides	475			

a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.

b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.

c. Basé sur une approximation normale.

Tableau 87 : Résultats de tests de Chi2 portant sur la satisfaction des besoins du ménage et les difficultés de santé

Tests du Khi-deux					
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	28,824 ^a	1	,000	,000	,000
Correction pour la continuité ^b	27,762	1	,000		
Rapport de vraisemblance	28,948	1	,000		
Test exact de Fisher					
Association linéaire par linéaire	28,769	1	,000		
Nombre d'observations valides	525				

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 62,11.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Tableau 88 : Résultats de mesures symétriques portant sur la satisfaction des besoins du ménage et les difficultés de santé

Mesures symétriques					
		Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	-,234			,000
	V de Cramer	,234			,000
	Coefficient de contingence	,228			,000
Intervalle par Intervalle	R de Pearson	-,234	,042	-5,512	,000 ^c
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	-,234	,042	-5,512	,000 ^c
Nombre d'observations valides		525			

a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.

b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.

c. Basé sur une approximation normale.

Tableau 89 : Résultats de tests de Chi2 portant sur les difficultés de prise en charge des soins et la souscription d'une assurance santé

Tests du Khi-deux					
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	9,547 ^a	1	,002		
Correction pour la continuité ^b	8,359	1	,004		
Rapport de vraisemblance	9,742	1	,002		
Test exact de Fisher				,002	,002
Association linéaire par linéaire	9,528	1	,002		
Nombre d'observations valides	526				

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 12,22.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Tableau 90 : Résultats de mesures symétriques portant sur les difficultés de prise en charge des soins et la souscription d'une assurance santé

Mesures symétriques					
		Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	,135			,002
	V de Cramer	,135			,002
	Coefficient de contingence	,134			,002
Intervalle par Intervalle	R de Pearson	,135	,040	-3,112	,002 ^c
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	,135	,040	-3,112	,002 ^c
Nombre d'observations valides		526			

a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.

b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.

c. Basé sur une approximation normale.

Tableau 91 : Résultats de tests de Chi2 entre le revenu mensuel de l'ouvrier et la souscription à une assurance santé

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	13,808 ^a	6	,032
Rapport de vraisemblance	13,731	6	,033
Association linéaire par linéaire	,143	1	,705
Nombre d'observations valides	524		

a. 5 cellules (35,7%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 1,49.

Tableau 92: Résultats de tests de corrélation entre la taille du ménage et les difficultés économiques dans le ménage

Corrélations		Avez-vous de difficultés pour prendre en charge les besoins du ménage?	Si oui, de combien de personnes se compose votre ménage y compris vous-mêmes ?
Avez-vous de difficultés pour prendre en charge les besoins du ménage?	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	1 512	,106* 473
Si oui, de combien de personnes se compose votre ménage y compris vous-mêmes ?	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,106* 473	1 490

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Tableau 93: Résultats de tests de corrélation entre la disponibilité d'EIP et son utilisation

Corrélations		Disposez-vous de matériel de protection individuel dans votre lieu de travail?	Utilisez-vous ce matériel de protection dans vos activités
Disposez-vous de matériel de protection individuel dans votre lieu de travail?	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	1 531	,650** 303
Utilisez-vous ce matériel de protection dans vos activités	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,650** 303	1 303

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Tableau 94 : Résultats de tests de corrélation entre l'utilisation d'EIP et la situation matrimoniale

Corrélations		Utilisez-vous ce matériel de protection dans vos activités	Quel est votre situation familiale?
Utilisez-vous ce matériel de protection dans vos activités	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	1 303	-,020 303
Quel est votre situation familiale?	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,020 303	1 531

Tableau 95: Résultats de tests de corrélation entre le revenu et la pris en charge santé dans le ménage

Corrélations			
		Dans quelle tranche se situe votre revenu mensuel personnel ?	Personnellement avez-vous pris en charge des frais de soins d'un membre de votre ménage ces trois derniers mois?
Dans quelle tranche se situe votre revenu mensuel personnel ?	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	1 528	-,142** ,001 528
Personnellement avez-vous pris en charge des frais de soins d'un membre de votre ménage ces trois derniers mois?	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,142** ,001 528	1 ,001 531

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Tableau 96: Résultats de tests de régression entre le revenu et la pris en charge santé dans le ménage

Récapitulatif des modèles ^b										
Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques					Durbin-Watson
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl1	ddl2	Sig. Variation de F	
1	,142 ^a	,020	,018	2,004	,020	10,858	1	526	,001	1,668

a. Valeurs prédites : (constantes), Personnellement avez-vous pris en charge des frais de soins d'un membre de votre ménage ces trois derniers mois?

b. Variable dépendante : Dans quelle tranche se situe votre revenu mensuel personnel ?

Tableau 97: Résultats de tests de régression (ANOVA) entre le revenu et la pris en charge santé dans le ménage

ANOVA ^b						
Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	43,619	1	43,619	10,858	,001 ^a
	Résidu	2113,017	526	4,017		
	TOTAL	2156,636	527			

a. Valeurs prédites : (constantes), Personnellement avez-vous pris en charge des frais de soins d'un membre de votre ménage ces trois derniers mois?

b. Variable dépendante : Dans quelle tranche se situe votre revenu mensuel personnel ?

Tableau 98: Résultats de tests de régression entre le revenu et la pris en charge santé dans le ménage

Coefficients ^a						
Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	T	Sig.
		A	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	4,720	,281		16,821	,000
	Personnellement avez-vous pris en charge des frais de soins d'un membre de votre ménage ces trois derniers mois?	-,576	,175	-,142	-3,295	,001

a. Variable dépendante : Dans quelle tranche se situe votre revenu mensuel personnel ?

Tableau 99: Résultats de tests de Khi-deux portant sur le statut matrimonial et la prise en charge de la santé dans le ménage

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	63,450 ^a	2	,000
Rapport de vraisemblance	67,391	2	,000
Association linéaire par linéaire	37,121	1	,000
Nombre d'observations valides	529		

a. 2 cellules (33,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 3,31.

Tableau 100 : Résultats de mesures symétriques (Phi, V de Cramer, R de Pearson) portant sur le statut matrimonial et la prise en charge de la santé dans le ménage

Mesures symétriques					
		Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	,346			,000
	V de Cramer	,346			,000
Intervalle par Intervalle	R de Pearson	,265	,044	6,313	,000 ^c
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	,288	,042	6,896	,000 ^c
Nombre d'observations valides		529			

a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.

b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.

c. Basé sur une approximation normale.

Tableau 101: Résultats de tests de régression le nombre d'enfants et la situation matrimoniale

Variables introduites/supprimées ^b			
Modèle	Variables introduites	Variables supprimées	Méthode
1	Si oui, combien d'enfants avez-vous?, Quel est votre situation familiale?, Quel est votre âge ? ^a	.	Entrée

a. Toutes variables requises saisies.

b. Variable dépendante : Avez-vous des difficultés pour prendre en charge des frais médicaux de votre ménage?

Tableau 102: Résultats de tests de régression le nombre d'enfants et la situation matrimoniale

Récapitulatif des modèles				
Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,200 ^a	,040	,035	,489

a. Valeurs prédites : (constantes), Si oui, combien d'enfants avez-vous?, Quel est votre situation familiale?, Quel est votre âge ?

Tableau 103: Résultats de tests de régression (ANOVA) le nombre d'enfants et la situation matrimoniale

ANOVA ^b					
Modèle		Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	Sig.
1	Régression	5,229	3	1,743	,000 ^a
	Résidu	124,885	522	,239	
	TOTAL	130,114	525		

a. Valeurs prédites : (constantes), Si oui, combien d'enfants avez-vous?, Quel est votre situation familiale?, Quel est votre âge ?

b. Variable dépendante : Avez-vous des difficultés pour prendre en charge des frais médicaux de votre ménage?

Tableau 104 : résultats de test de corrélation entre la situation matrimoniale, le nombre d'enfant et les difficultés de financement de la santé dans le ménage

Corrélations						
		Avez-vous des difficultés pour prendre en charge les frais médicaux de votre ménage?	Quel est votre âge ?	Avez-vous des enfants?	Si oui, combien d'enfants avez-vous?	Quel est votre situation familiale?
Avez-vous des difficultés pour prendre en charge les frais médicaux de votre ménage?	Corrélation de	1	-,175**	,220**	,187**	,152**
	Pearson					
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000
	N	530	530	530	526	530
Quel est votre âge ?	Corrélation de	-,175**	1	-,592**	-,678**	-,440**
	Pearson					
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,000
	N	530	531	531	527	531
Avez-vous des enfants?	Corrélation de	,220**	-,592**	1	,835**	,600**
	Pearson					
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,000
	N	530	531	531	527	531
Si oui, combien d'enfants avez-vous?	Corrélation de	,187**	-,678**	,835**	1	,554**
	Pearson					
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,000
	N	526	527	527	527	527
Quel est votre situation familiale?	Corrélation de	,152**	-,440**	,600**	,554**	1
	Pearson					
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	
	N	530	531	531	527	531

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Tableau 105: Résultats de tests de régression le nombre d'enfants et la situation matrimoniale

Coefficients ^a						
Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	T	Sig.
		A	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	1,212	,175		6,937	,000
	Quel est votre âge ?	-,017	,014	-,070	-1,196	,232
	Quel est votre situation familiale?	,048	,045	,055	1,062	,289
	Si oui, combien d'enfants avez-vous?	,071	,041	,109	1,719	,086

a. Variable dépendante : Avez-vous des difficultés pour prendre en charge des frais médicaux de votre ménage?

Tableau 106: Résultats de tests de corrélation l'âge et le responsable de soins dans le ménage

Corrélations			
		Quel est votre âge ?	En cas de problème sanitaire dans le ménage qui prend en charge les frais de la personne concernée?
Quel est votre âge ?	Corrélation de Pearson	1	,351**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	531	529
En cas de problème sanitaire dans le ménage qui prend en charge les frais de la personne concernée?	Corrélation de Pearson	,351**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	529	529

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Tableau 107: Résultats de tests de Khi-deux entre le statut de l'ouvrier et l'affiliation à une assurance

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	51,658 ^a	4	,000
Rapport de vraisemblance	39,792	4	,000
Association linéaire par linéaire	,017	1	,895
Nombre d'observations valides	504		

a. 5 cellules (55,6%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,39.

Tableau 108 : Résultats de tests de corrélation portant sur la connaissance de la sécurité sociale, le nombre d'enfants, le niveau d'études et le type d'entreprise

Corrélations						
		Si oui, combien d'enfants avez-vous?	Quel est votre niveau d'études ?	Dans quelle sous-catégorie êtes-vous classé?	Savez-vous ce qu'est la sécurité sociale?	L'entreprise qui vous emploie est-elle de type?
Si oui, combien d'enfants avez-vous?	Corrélation de	1	-,027	,085	,112*	,032
	Pearson					
	Sig. (bilatérale)		,607	,051	,010	,742
	N	527	363	524	523	108
Quel est votre niveau d'études ?	Corrélation de	-,027	1	-,065	,144**	-,271*
	Pearson					
	Sig. (bilatérale)	,607		,213	,006	,022
	N	363	367	365	365	72
Dans quelle sous-catégorie êtes-vous classé?	Corrélation de	,085	-,065	1	,157**	,008
	Pearson					
	Sig. (bilatérale)	,051	,213		,000	,930
	N	524	365	528	524	110
Savez-vous ce qu'est la sécurité sociale?	Corrélation de	,112*	,144**	,157**	1	-,241*
	Pearson					
	Sig. (bilatérale)	,010	,006	,000		,012
	N	523	365	524	527	107
L'entreprise qui vous emploie est-elle de type?	Corrélation de	,032	-,271*	,008	-,241*	1
	Pearson					
	Sig. (bilatérale)	,742	,022	,930	,012	
	N	108	72	110	107	110

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Tableau 109 : Résultats de tests de corrélation entre l'âge et la disponibilité d'EIP

Corrélations			
		Quel est votre âge ?	Disposez-vous de matériel de protection individuel dans votre lieu de travail?
Quel est votre âge ?	Corrélation de Pearson	1	-,041
	Sig. (bilatérale)		,344
	N	531	531
Disposez-vous de matériel de protection individuel dans votre lieu de travail?	Corrélation de Pearson	-,041	1
	Sig. (bilatérale)	,344	
	N	531	531

Tableau 110 : Résultats de tests de corrélation entre l'âge et le sentiment de sécurité

Corrélations			
		Quel est votre âge ?	Vous sentez-vous en sécurité au travail dans vos différents sentiers ?
Quel est votre âge ?	Corrélation de Pearson	1	,025
	Sig. (bilatérale)		,565
	N	531	531
Vous sentez-vous en sécurité au travail dans vos différents sentiers ?	Corrélation de Pearson	,025	1
	Sig. (bilatérale)	,565	
	N	531	531

Tableau 111: Résultats de tests de Khi-deux entre le niveau d'études et l'utilisation d'EIP

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	,980 ^a	2	,612
Rapport de vraisemblance	,729	2	,695
Association linéaire par linéaire	,130	1	,719
Nombre d'observations valides	222		

a. 2 cellules (33,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,41.

Tableau 112 : Résultats de tests de Khi-deux entre la disponibilité et l'utilisation d'EIP

Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	128,189 ^a	1	,000	,000	,000
Correction pour la continuité ^b	117,522	1	,000		
Rapport de vraisemblance	61,075	1	,000		
Test exact de Fisher					
Association linéaire par linéaire	127,766	1	,000		
Nombre d'observations valides	303				

a. 1 cellules (25,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 1,24.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Tableau 113 : Résultats de mesures symétriques (Phi, V de Cramer, R de Pearson) entre la disponibilité et l'utilisation d'EIP

Mesures symétriques					
		Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	,650	,084	14,857	,000
	V de Cramer	,650			,000
Intervalle par Intervalle	R de Pearson	,650			,000 ^c
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	,650	,084	14,857	,000 ^c
Nombre d'observations valides		303			

a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.

b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.

c. Basé sur une approximation normale.

Tableau 114: Résultats de tests de corrélation de Pearson entre le sentiment de sécurité et le port d'EIP

Corrélations				
		Quel est votre niveau d'études ?	Disposez-vous de matériel de protection individuel dans votre lieu de travail?	Vous sentez-vous en sécurité au travail dans vos différents sentiers ?
Quel est votre niveau d'études ?	Corrélation de Pearson	1	,085	,129*
	Sig. (bilatérale)		,104	,013
	N	367	367	367
Disposez-vous de matériel de protection individuel dans votre lieu de travail?	Corrélation de Pearson	,085	1	,310**
	Sig. (bilatérale)	,104		,000
	N	367	531	531
Vous sentez-vous en sécurité au travail dans vos différents sentiers ?	Corrélation de Pearson	,129*	,310**	1
	Sig. (bilatérale)	,013	,000	
	N	367	531	531

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Tableau 115: Résultats de test de corrélation entre la durée d'activité et la disponibilité d'EIP par l'ouvrier

Corrélations				
		Depuis combien de temps exercez-vous ce métier?	Disposez-vous de matériel de protection individuel dans votre lieu de travail?	Utilisez-vous ce matériel de protection dans vos activités
Depuis combien de temps exercez-vous ce métier?	Corrélation de Pearson	1	,014	-,002
	Sig. (bilatérale)		,753	,971
	N	531	531	303
Disposez-vous de matériel de protection individuel dans votre lieu de travail?	Corrélation de Pearson	,014	1	,650**
	Sig. (bilatérale)	,753		,000
	N	531	531	303
Utilisez-vous ce matériel de protection dans vos activités	Corrélation de Pearson	-,002	,650**	1
	Sig. (bilatérale)	,971	,000	
	N	303	303	303

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Tableau 116 : Résultats de corrélation entre le revenu de l'ouvrier, le niveau d'études, la catégorie, le statut, la durée d'activité

Corrélations						
		Dans quelle tranche se situe votre revenu mensuel personnel ?	Quel est votre niveau d'études ?	Dans quelle sous-catégorie êtes-vous classé?	Depuis combien de temps exercez-vous ce métier?	Dans votre emploi êtes-vous ...?
Dans quelle tranche se situe votre revenu mensuel personnel	Corrélation de Pearson	1	-,089	-,038	,260**	-,243**
	Sig. (bilatérale)		,091	,384	,000	,000
	N	528	365	525	528	503
Quel est votre niveau d'études ?	Corrélation de Pearson	-,089	1	-,004	,086	,000
	Sig. (bilatérale)	,091		,932	,101	,998
	N	365	367	365	367	348
Dans quelle sous-catégorie êtes-vous classé?	Corrélation de Pearson	-,038	-,004	1	,141**	-,072
	Sig. (bilatérale)	,384	,932		,001	,105
	N	525	365	528	528	502
Depuis combien de temps exercez-vous ce métier?	Corrélation de Pearson	,260**	,086	,141**	1	-,315**
	Sig. (bilatérale)	,000	,101	,001		,000
	N	528	367	528	531	505
Dans votre emploi êtes-vous ...?	Corrélation de Pearson	-,243**	,000	-,072	-,315**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,998	,105	,000	
	N	503	348	502	505	505

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Tableau 117 : Résultats de quelques mesures symétriques entre le revenu du ménage et le travail des autres membres de la famille

Mesures symétriques					
		Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par	Phi	,264			,000
Nominal	V de Cramer	,264			,000
	Coefficient de contingence	,255			,000
Intervalle par	R de Pearson	-,246	,045	-5,323	,000 ^c
Intervalle					
Ordinal par	Corrélation de	-,238	,045	-5,142	,000 ^c
Ordinal	Spearman				
Nombre d'observations valides		442			

a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.

b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.

c. Basé sur une approximation normale.

Tableau 118 : Résultats de mesures symétriques portant sur la situation matrimoniale et le nombre d'enfants

Mesures symétriques					
		Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	,746			,000
	V de Cramer	,746			,000
	Coefficient de contingence	,598			,000
Intervalle par	R de Pearson	,666	,026	20,258	,000 ^c
Intervalle					
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	,726	,026	23,984	,000 ^c
Nombre d'observations valides		518			

a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.

b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.

c. Basé sur une approximation normale.

Tableau 119: Répartition de l'échantillon selon le type d'études et l'utilisation d'EIP

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	2,619 ^a	3	,454
Rapport de vraisemblance	4,378	3	,223
Association linéaire par linéaire	1,102	1	,294
Nombre d'observations valides	303		

a. 3 cellules (37,5%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,08.

Tableau 120 : Régression linéaire entre le corps de métier et le statut de l'ouvrier

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
dimension0 1	,041 ^a	,002	,000	3,267

a. Valeurs prédites : (constantes), Dans votre emploi êtes-vous...?

Tableau 121 : Résultats de quelques mesures symétriques entre le revenu du ménage et le travail des autres membres de la famille

Mesures symétriques

		Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	,264			,000
	V de Cramer	,264			,000
	Coefficient de contingence	,255			,000
Intervalle par Intervalle	R de Pearson	-,246	,045	-5,323	,000 ^c
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	-,238	,045	-5,142	,000 ^c
Nombre d'observations valides		442			

a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.

b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.

c. Basé sur une approximation normale.

Tableau 122 : Résultats de tests de corrélation entre la catégorie de l'ouvrier, le type d'entreprise et le sentiment de sécurité

Corrélations

Dans quelle sous-catégorie êtes-vous classé?			Dans votre emploi êtes-vous ...?	L'entreprise qui vous emploie est-elle de type?	Vous sentez-vous en sécurité au travail dans vos différents chantiers ?
Manœuvres	Dans votre emploi êtes-vous ...?	Corrélation de Pearson	1	,318	-,047
		Sig. (bilatérale)		,184	,601
		N	124	19	124
	L'entreprise qui vous emploie est-elle de type?	Corrélation de Pearson	,318	1	-,506*
		Sig. (bilatérale)	,184		,027
		N	19	19	19
	Vous sentez-vous en sécurité au travail dans vos différents chantiers ?	Corrélation de Pearson	-,047	-,506*	1
		Sig. (bilatérale)	,601	,027	
		N	124	19	129
Ouvriers qualifiés	Dans votre emploi êtes-vous ...?	Corrélation de Pearson	1	,025	-,054
		Sig. (bilatérale)		,816	,295
		N	378	86	378
	L'entreprise qui vous emploie est-elle de type?	Corrélation de Pearson	,025	1	-,211*
		Sig. (bilatérale)	,816		,045
		N	86	91	91
	Vous sentez-vous en sécurité au travail dans vos différents chantiers ?	Corrélation de Pearson	-,054	-,211*	1
		Sig. (bilatérale)	,295	,045	
		N	378	91	399

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Tableau 123 : Résultats de corrélations entre le niveau d'études, la disponibilité, l'utilisation d'EIP, et la sensibilisation sur les risques au travail

Corrélations

		Disposez-vous de matériel de protection individuel dans votre lieu de travail?	Vous sentez-vous en sécurité au travail dans vos différents chantiers ?	Utilisez-vous ce matériel de protection dans vos activités	Etes-vous suffisamment informés sur les risques dans votre travail?	Quel est votre niveau d'études ?
Disposez-vous de matériel de protection individuelle dans votre lieu de travail?	Corrélation de Pearson	1	,310**	,650**	,052	,085
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,232	,104
	N	531	531	303	529	367
Vous sentez-vous en sécurité au travail dans vos différents sentiers ?	Corrélation de Pearson	,310**	1	,085	-,092*	,129*
	Sig. (bilatérale)	,000		,140	,033	,013
	N	531	531	303	529	367
Utilisez-vous ce matériel de protection dans vos activités	Corrélation de Pearson	,650**	,085	1	-,028	-,024
	Sig. (bilatérale)	,000	,140		,629	,720
	N	303	303	303	303	222
Etes-vous suffisamment informés sur les risques dans votre travail?	Corrélation de Pearson	,052	-,092*	-,028	1	,119*
	Sig. (bilatérale)	,232	,033	,629		,022
	N	529	529	303	529	366
Quel est votre niveau d'études ?	Corrélation de Pearson	,085	,129*	-,024	,119*	1
	Sig. (bilatérale)	,104	,013	,720	,022	
	N	367	367	222	366	367

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

République du Sénégal
Un Peuple – Un But – Une Foi

Ministère de la Fonction publique, de l'Emploi, du Travail et
des Organisations professionnelles



**Négociations générales
des Cahiers de Doléances
des centrales syndicales de travailleurs**

**NOUVEAUX BAREMES DES
SALAIRES**

Etat - Patronat - Travailleurs

Année : 2009

SECTEUR DES BTP

NOUVEAU BAREME DES SALAIRES
DES TRAVAILLEURS DU BATIMENT ET DES TRAVAUX PUBLICS
JANVIER 2009

I. OUVRIERS

CATEGORIE	TAUX HORAIRES
1 ^{ère}	350.071
2 ^{ème}	351.723
3 ^{ème}	378.177
4 ^{ème} A	388.124
4 ^{ème} B	410.452
5 ^{ème} A	413.066
5 ^{ème} B	440.369
6 ^{ème} A	437.546
6 ^{ème} B	491.011
7 ^{ème} A	573.112
7 ^{ème} B	626.575

II. EMPLOYES

CATEGORIE	Salaires pour 173 H 33
1 ^{ère}	59509
2 ^{ème}	62281
3 ^{ème}	67881
4 ^{ème}	71079
5 ^{ème}	77217
6 ^{ème}	80182
7 ^{ème}	81888

III. AGENTS DE MAITRISE – TECHNICIENS ET ASSIMILES

CATEGORIE	Salaires pour 173 H 33
AM1	86080
AM2	100559
AM3	113642
AM4	125727
AM5	126662

IV. INGENIEURS - ASSIMILES ET CADRES

CATEGORIE	Salaires pour 173 H 33
P1A	115531
P1B	131404
P2A	143437
P2B	161463
P3A	171737
P3B	243846
P4	279899
P5	316299

LES EMPLOYEURS

LES TRAVAILLEURS

LA DIRECTION DU TRAVAIL ET DE LA SECURITE SOCIALE

NOUVEAU BAREME DES SALAIRES
DES TRAVAILLEURS DU BATIMENT ET DES TRAVAUX PUBLICS
JANVIER 2009

I. OUVRIERS

CATEGORIE	TAUX HORAIRES
1 ^{ère}	350.071
2 ^{ème}	351.723
3 ^{ème}	378.177
4 ^{ème} A	388.124
4 ^{ème} B	410.452
5 ^{ème} A	413.066
5 ^{ème} B	440.369
6 ^{ème} A	437.546
6 ^{ème} B	491.011
7 ^{ème} A	573.112
7 ^{ème} B	626.575

II. EMPLOYES

CATEGORIE	Salaires pour 173 H 33
1 ^{ère}	59509
2 ^{ème}	62281
3 ^{ème}	67881
4 ^{ème}	71079
5 ^{ème}	77217
6 ^{ème}	80182
7 ^{ème}	81888

III. AGENTS DE MAITRISE – TECHNICIENS ET ASSIMILES

CATEGORIE	Salaires pour 173 H 33
AM1	86080
AM2	100559
AM3	113642
AM4	125727
AM5	126662

IV. INGENIEURS - ASSIMILES ET CADRES

CATEGORIE	Salaires pour 173 H 33
P1A	115531
P1B	131404
P2A	143437
P2B	161463
P3A	171737
P3B	243846
P4	279899
P5	316299

LES EMPLOYEURS

LES TRAVAILLEURS

LA DIRECTION DU TRAVAIL ET DE LA SECURITE SOCIALE

Tableau des maladies professionnelles

Maladies professionnelles dans le bâtiment et travaux publics

I. - Maladies causées par le plomb et ses composés

Définition des maladies	Délai de prise en charge	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Syndrome douloureux abdominal paroxystique apyrétique avec état sub-occlusif (coliques de plomb), habituellement accompagné d'une crise paroxystique hypertensive et d'une poussée d'hématies à granulations basophiles Paralysies des extenseurs des doigts ou des petits muscles de la main Encéphalopathie aiguë : a) survenant chez un sujet ayant présenté un ou plusieurs des symptômes inscrits au tableau b) ne s'accompagnant pas de ces symptômes en cas d'intoxication due aux dérivés alcoolés du plomb tels que le plomb tétraméthyle ou le plomb tétraéthyle Néphrite azotémique ou néphrite hypertensive et leurs complications Anémie confirmée par des examens hématologiques répétés et accompagnée d'hématies à granulations basophiles Syndrome biologique caractérisé par un abaissement de l'hémoglobine à moins de 13 grammes par 100 ml de sang, par un taux d'hématies ponctuées supérieur à ... pour 1000 hématies et une élévation de l'acide delta aminolévulinique urinaire supérieure à 20 mg pour 100 ml Le diagnostic doit être confirmé par les résultats des mêmes examens pratiqués dans un délai compris entre le quinzième et le trentième jour suivant la date du diagnostic Ou toutes autres manifestations pathologiques d'origine professionnelle causées par le plomb ou ses composés toxiques	30 jours 1 an 30 jours 30 jours	Extraction, traitement, préparation, emploi, manipulation du plomb, de ses combinaisons et de tout produit en refermant, notamment : Extraction et traitement des minerais de plomb et résidus plombifères Métallurgie, affinage, fonte, laminage du plomb, de ses alliages et des métaux plombifères Récupération du vieux plomb Soudure et étanage à l'aide d'alliage de plomb Fabrication, soudure, ébarbage, polissage de tous objets en plomb ou en alliage de plomb Fonte de caractères d'imprimeries en alliage de plomb, conduite de machines à composer, manipulation de caractère Fabrication, réparation des accumulateurs au plomb Trempe au plomb et tréfilage des aciers trempés au plomb Métallisation au plomb par pulvérisation Fabrication et manipulation des oxydes et sels de plomb Préparation et application de peintures, vernis, laques, encres, mastics, enduits à base de composés du plomb Grattage, brûlure, découpage au chalumeau de matières recouvertes de peintures plombifères Fabrication et application des émaux plombifères Composition de verre au plomb Fabrication et manipulation des dérivés alcoolés du plomb tels que le plomb tétraméthyle ou le plomb tétraéthyle, notamment préparation de carburants qui renferment ces derniers et nettoyage des réservoirs contenant ces carburants Blaçure et décoration des produits céramiques au moyen de composés du plomb

4. Hémopathies provoquées par le benzène ou ses homologues toxiques

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Affections hématologiques, isolées ou associées, de type hypoplasique ou dysplasique : Anémie : • leuconeutropénique • thrombopénie Hypercytoses d'origine myélodysplasique Syndrome myéloprolifératif Leucémies (sous réserve d'une durée d'exposition d'un an) Ou toutes autres manifestations pathologiques d'origine professionnelle causées par le benzène ou ses homologues toxiques	3 ans 15 ans 15 ans	Opération de praticien, transport et utilisation du benzène et autres produits renfermant du benzène, notamment : — production, extraction, rectification du benzène et des produits en renfermant — emploi du benzène et des produits en renfermant pour la production de leurs dérivés, notamment en organo-synthèse — préparation des carburants renfermant du benzène, transvasement, manipulation de ces carburants, travaux en citerne — emplois divers du benzène comme dissolvant des résines naturelles ou synthétiques — production et emploi de vernis, peintures, émaux, rustiques, encres, colles, produits d'entretien renfermant du benzène — fabrication du similicuir — production, manipulation et emploi des dissolutions de caoutchouc naturel ou synthétique ou des solvants d'avivage contenant du benzène — autres emplois du benzène ou des produits en renfermant comme agent d'extraction, d'élution, d'imprégnation, d'agglomération ou de nettoyage et comme décapant, dissolvant ou diluant — opération de séchage de tous les produits, articles, préparations, substances où le benzène (ou les produits en renfermant) est intervenu comme agent d'extraction, d'élution, de séparation, d'imprégnation, d'agglomération, de nettoyage, de concentration, et comme décapant, dissolvant diluant — emploi du benzène comme déshydratant des alcools et autres substances liquides ou solides — emploi du benzène comme dénaturant ou réactif de laboratoire

8. Affections causées par les ciments (aluminosilicates de calcium)

— Délai de prise en charge : 30 jours

Maladies engendrées par les ciments	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Ulcérations, dermites primitives, pyodermites, dermites eczématiformes Blépharite Conjonctive Ou toutes autres manifestations pathologiques d'origine professionnelle causées par les ciments	Fabrication, concassage, broyage, ensachage et manutention des ciments Fabrication à l'aide de ciments, de matériaux agglomérés et d'objets moulés Emploi des ciments dans les chantiers du bâtiment et des travaux publics

10. Affections causées par le chrome ou ses composés toxiques

— Délai de prise en charge : 30 jours

Maladies engendrées par le chrome et ses composés	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Ulcérations nasales Ulcérations cutanées et dermites eczématiformes chroniques ou récidivantes Ou toutes autres manifestations pathologiques d'origine professionnelle causées par le chrome ou ses composés toxiques	Préparation, emploi, manipulation de l'acide chromique, des chromates et bichromates alcalins, notamment : — Fabrication de l'acide chromique, des chromates et bichromates alcalins — Fabrication des pigments (jaune de chrome, etc...) au moyen de chromates ou bichromates alcalins — Emploi de bichromates alcalins dans le vernissage d'ébénisterie — Emploi des chromates ou bichromates alcalins comme mordant en teinture — Tannage au chrome — Préparation, par procédés photomécaniques, de clichés pour impression — Chromage électrolytique des métaux

16. — Affections provoquées par les goudrons de houille, brais, le bitume, les huiles minérales, l'anthracène ou les composés, produits, ou résidus de ces substances

Maladies engendrées par les goudrons de houilles, brais de houille et huile anthracénique	Délai de prise en charge	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Dermites eczématisques Conjonctivites Épithéliomas primitifs de la peau Ou toutes autres manifestations pathologiques d'origine professionnelle, causées par les goudrons, le brais, le bitume, les huiles minérales, l'anthracène ou les composés produits, ou résidus de ces substances	7 jours 7 jours 20 ans	Préparation, emploi et manipulation des goudrons de houille, du brais, du bitume, des huiles minérales, de l'anthracène ou les composés, produits, ou résidus de ces substances, notamment : — Piquage, chargement, déchargement, manutention de ces produits — Fabrication d'agglomérés au moyen de brais de houille

25. = Pneumoconioses consécutives à l'inhalation de poussières minérales renfermant de la silice libre

— Délai de prise en charge : 15 ans

(Sous réserve des dispositions du décret fixant les modalités spéciales d'application de la silicose et à l'asbestose, du titre II du Code de la sécurité sociale)

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Silicose, schistose provoquées par ces poussières, ces affections sont caractérisées par des signes radiographiques spécifiques, qu'ils s'accompagnent ou non de troubles fonctionnels Complications de ces affections : a) Complications cardiaques : Insuffisance ventriculaire droite caractérisée b) Complications pleuropulmonaires : Tuberculose ou autre mycobactériose surajoutée et caractérisée Névrose cavitaire aseptique Aspergillose infracavitaire confirmée par la sérologie c) Complications non spécifiques : Pneumothorax spontané Suppuration broncho-pulmonaire subaiguë ou chronique : Insuffisance respiratoire aiguë nécessitant des soins intensifs en milieu spécialisé d) Ou toutes autres manifestations pathologiques d'origine professionnelle causées par la silice libre	15 ans 15 ans	Travaux exposant à l'inhalation des poussières renfermant de la silice libre, notamment : — Travaux de forage, d'abattage, d'extraction et de transport de minerais ou de roches renfermant de la silice libre — Concassage, broyage, tamisage et manipulation effectués à sec, de minerais ou roches renfermant de la silice libre — Taille et polissage de roches renfermant de la silice libre : — Fabrication et manutention de produits abrasifs, de poudres à nettoyer ou autres produits renfermant de la silice libre : — Travaux dans les mines de houille — Extraction, refente, taillage, lissage et polissage de l'ardoise — Utilisation de poudre d'ardoise (schiste en poudre) comme charge en caoutchouterie ou dans la pénétration de mastic ou aggloméré — Extraction, broyage, conditionnement du talc — Utilisation de poudre d'ardoise (schiste en poudre) comme charge en caoutchouterie ou dans la préparation de mastic ou aggloméré — Utilisation du talc comme lubrifiant ou comme charge dans l'apprêt du papier, dans certaines peintures, dans la préparation de poudre cosmétique, dans les mélanges de caoutchouterie — Fabrication du carborundum, de verre, de la porcelaine, de la faïence et autres produits céramiques, des produits réfractaires — Travaux de fonderie exposant aux poussières de sables, décochage, ébarbage et dessablage : — Travaux de meulage, polissage, aiguisage effectués à sec, au moyen de meules renfermant de la silice libre — Travaux de décapage ou de polissage au jet de sable — Travaux de construction, d'entretien et de démolition exposant à l'inhalation de poussières renfermant de la silice libre

29. - Affections professionnelles consécutives à l'inhalation des poussières d'amiante
Sous réserve des indispositions du décret fixant les modalités spéciales d'application
à la silicose et à l'asbestose professionnelles du Code de la sécurité sociale

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
A. - Asbestose : fibrose pulmonaire diagnostiquée sur des signes radiologiques spécifiques qu'il y ait ou non des modifications des explorations fonctionnelles respiratoires Complications : insuffisance respiratoire aiguë, insuffisance ventriculaire droite	10 ans	Travaux exposant à l'inhalation des poussières d'amiante, notamment : — Extraction, manipulation et traitement de minérales et roches amiantifères — Manipulation et utilisation de l'amiante brut dans les opérations de fabrication suivantes : Amiante caoutchouc, cardage, filature, lissage et confection, carton, papier et feutre d'amiante, feuilles et joints en amiante gamitures de friction, produits moulés et isolants — Application, destruction et élimination de produits d'amiante ou à base d'amiante, amiante projeté, calorifugeage au moyen de produits d'amiante, maintenance et entretien de matériels, démolition, défilage
B. - Lésions pleurales bénignes avec ou sans modifications des explorations fonctionnelles respiratoires Pleurésie exsudative : Plaques pleurales plus ou moins calcifiées bilatérales pariétales, diaphragmatiques ou médiastinales	10 ans	
C. - Mésothéliome malin primitif de la plèvre, du péritoine ou du péricarde, quand la relation avec l'amiante est médicalement caractérisée	10 ans	
D. - Autres tumeurs pleurales primitives quand la relation avec l'amiante est médicalement caractérisée	10 ans	
E. - Cancers broncho-pulmonaires primitifs, quand la relation avec l'amiante est médicalement caractérisée	15 ans	
F. - Ou toutes autres manifestations pathologiques d'origine professionnelle causées par l'amiante		

32. - Hernie discale ou discopathie lombaire
— Délai d'exposition : 30 mois

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Hernie discale ou discopathie lombaire confirmées par examens radiologiques	1 an	— Conducteurs de véhicules poids lourds — Conducteurs, en position assise, d'engin lourds de chantier et de machines agricoles — Personnel de bord affecté dans les véhicules poids lourds — Manutention annuelle de charges lourdes susceptible de retentir sur la colonne vertébrale

33. - Affections professionnelles provoquées par les vibrations et chocs transmis par certaines machines-outils, outils et objets

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Affections ostéo-articulaires : Arthrose hyperostotante du coude Ostéonécrose du semi-lunaire (maladie de Kienböck) Ostéonécrose du scaphoïde carpien (maladie de Köhler) Le diagnostic de ces affections exige un contrôle radiographique Troubles angioneurotoniques de la main, tels que crampes de la main prédominant à l'index et au médus, pouvant s'accompagner de troubles prolongés de la sensibilité Ou toutes autres manifestations pathologiques d'origine professionnelle causées par les vibrations et chocs transmis par certaines machines-outils, outils et objets	- A - 1 an 10 ans	Travaux exposant habituellement aux vibrations transmises par : — Les machines-outils tenues la main, notamment : Les machines percutantes, telles que les marteaux piqueurs et les marteaux burineurs Les machines rotopercutantes, telles que les marteaux perforateurs Les machines rotatives, telles que les meuleuses et les scies à chaîne Les machines alternatives, telles que les ponceuses et les scies sauteuses Les outils associés à certaines des machines précitées notamment dans des travaux de burinage Les objets en cours de façonnage, notamment dans les travaux de meulage et de polissage et les travaux sur machine à rétreindre Travaux exposant habituellement aux chocs provoqués par l'utilisation manuelle d'outils percutants

**34. - Dermatoses professionnelles consécutives à l'emploi des lubrifiants
et de fluides de refroidissement**

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Papulo-pustules multiples et leur complications furoncleuses (les lésions sont habituellement localisées à la face dorsale des mains et des bras et à la partie antérieure des cuisses et sont parfois étendues aux régions en contact direct avec les parties des vêtements de travail imprégnées de lubrifiant)	7 jours	Tournage, décolage, fraisage, perçage, taraudage, alésage, sciage, rectification et d'une façon générale travaux d'usinage mécanique des métaux comportant l'emploi de lubrifiants et de fluide de refroidissement
Dermites eczématiformes récidivant après nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané positif au produit manipulé Ou toutes autres manifestations pathologiques d'origine professionnelle consécutives à l'emploi des lubrifiants et des fluides de refroidissement	7 jours	Travaux du bâtiment et des travaux public comportant l'emploi des toiles de décoffrage

**46. - Affections professionnelles périarticulaires
— Délai de prise en charge : 90 jours**

Désignation des maladies	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
A. - Hygromas aigu ou chronique des bourses séreuses ou atteinte inflammatoire des tissus sous-cutanés des zones d'appui du genou B. - Hygromas aigu ou chronique des bourses séreuses ou atteinte inflammatoire des tissus sous-cutanés des zones d'appui du coude C. - Syndrome du canal carpien (compression du nerf médian) D. - Syndrome de la loge de Guyon (compression du nerf cubital au niveau du poignet) E. - Syndrome de la gouttière épitrachéolécrânienne (compression du nerf cubital) F. - Syndrome de compression du nerf sciatique poplité externe au col du péroné G. - Épicondylite H. - Styloïde radiale	Travaux comportant habituellement une position agenouillée Travaux comportant habituellement un appui prolongé sur le coude Travaux comportant de façon habituelle soit : — Un appui carpien La manipulation d'outils ou d'objets nécessitant un appui sur le talon de la main — L'hypertension répétée ou prolongée du poignet Travaux entraînant de manière habituelle une pression prolongée ou répétée du talon de la main Travaux entraînant de manière habituelle un appui prolongé sur le coude Travaux comportant de manière habituelle une position accroupie prolongée Travaux comportant de manière habituelle soit mouvements répétés de supination maximale Le port d'objet lourd entraînant l'extension complète de l'avant-bras en supination Travaux comportant de façon habituelle l'utilisation d'outils manuels en hyperextension et supination

47. — Affections professionnelles provoquées par les bruits
— Délai de prise en charge : un an après la cessation de l'exposition au risque acoustique sous réserve d'une durée d'exposition d'un an, réduite à trente jours en ce qui concerne la mise au point des propulseurs, réacteurs et moteurs à piston

Désignation des maladies	Liste indicative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Déficit audiométrique, bilatéral par lésion cochléaire irréversible et ne s'aggravant plus après cessation de l'exposition au risque — Définit sera confirmé par une nouvelle audiométrie effectuée trois semaines à un an après cessation de l'exposition aux bruits lésionnels. Cette audiométrie doit être tonale et vocale et faire apparaître au minimum sur la meilleure oreille un déficit moyen de 35 décibels calculé en divisant par 10 la somme des déficits mesurés sur les fréquences 500, 1000, 2000, et 4000 hertz, pondérés respectivement par les coefficients 2, 4, 3, et 1 Ou toutes autres manifestations pathologiques d'origine professionnelle provoquées par les bruits	Travaux exposant aux bruits provoqués par : Les travaux sur métaux par percussion, abrasion ou projection, tels que : Le décolletage, l'emboutissage, l'estampage, le broyage, le fraisage, le martelage, le burinage, le rivetage, le laminage, l'étrépage, le tréfilage, le découpage, le sciage, le cisailage, le tronçonnage, l'ébarbage, le meulage, le polissage, le gougeage par procédé arc-air, la métallisation L'utilisation de marteaux et perforateurs pneumatiques, la manutention mécanisée de récipients métalliques La manutention mécanisée de récipients métalliques, les travaux de verrerie à proximité des fours, machines de fabrication, broyeurs et concasseurs, l'embouteillage, Le tissage sur métiers à navette battante La mise au point, les essais et l'utilisation de propulseurs, réacteurs, moteurs thermiques ou électriques, groupes électrogènes, groupes hydrauliques, installations de compression ou de détente fonctionnant à des pressions manométriques différentes de la pression atmosphérique L'emploi et la destruction de munitions ou explosifs militaires L'emploi des explosifs en galerie souterraine L'utilisation de pistolets de scellement Le broyage, le concassage, le criblage, le sciage et l'usinage de pierres et de produits minéraux Les installations de séchage de matières organiques par ventilation L'abattage et le tronçonnage des arbres L'emploi de machines à bois en atelier, L'utilisation de boteurs décanteurs, chargeurs moutons, pelles mécaniques Le broyage, l'injection et l'usinage des matières plastiques et de caoutchouc, habituelle Le travail sur les rotatives dans l'industrie graphique La fabrication et le conditionnement mécanisé du papier et du carton L'emploi de matériel vibrant pour l'élaboration de produits en béton Les essais et la réparation d'appareils sonores.

49. — Affections professionnelles provoquées par les bois

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste indicative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Dermites eczématiformes ou érythémateuses ; conjonctivites, rhinites : asthme ou dyspnée asthmatiforme confirmé par tests ou par épreuves fonctionnelles récidivant après nouvelle exposition Syndrome respiratoire avec dyspnée, toux, expectoration, récidivant après nouvelle exposition au risque dont l'étiologie professionnelle est confirmée par la présence dans le sérum d'anticorps précipitants permettant d'identifier l'agent pathogène correspondant au produit responsable Fibrose pulmonaire avec signes radiologiques et troubles respiratoires confirmés par l'exploration fonctionnelle lorsqu'il y a des signes immunologiques significatifs	- A - 7 jours 30 jours	Manipulation, traitement et usinage des bois et tous travaux exposant aux poussières de bois Travaux exposant à l'inhalation des poussières de bois, notamment : — Travaux d'usinage des bois, tels que sciage, fraisage, rabotage, perçage et ponçage — Travaux effectués dans les locaux où sont usinés les bois
Cancer primitif de l'ethmoïde et des sinus de la face Ou toutes autres manifestations pathologiques d'origine professionnelle provoquées par le bois	1 an - B - 30 ans	

52. — Affections engendrées par les solvants organiques liquides : Hydrocarbures liquides aliphatiques, alicycliques, hétérocycliques aromatiques et leurs mélanges (white spirit, essences spéciales) ; • Dérivés nitrés des hydrocarbures aliphatiques ; • Acétonitrile : alcools, aldéhydes, cétone, esters, éthers dont le tétrahydrofurane, glycols et leurs éthers ; • Diméthylformamide, Diméthylsulfoxyde

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste indicative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Syndrome ébrieux ou narcotique pouvant aller jusqu'au coma	7 jours	Préparation, emploi, manipulation des solvants
Dermo épidermite irritative avec dessiccation de la peau, récidivante après une nouvelle exposition au solvant	7 jours	Traitement des résines naturelles et synthétiques
Dermite eczématiforme récidivante après nouvelle exposition au solvant et confirmée par test épicutané positif au produit manipulé	15 jours	Emploi de vernis, peintures, émaux, mastics, colles, laques Production de caoutchouc naturel et synthétique Utilisation de solvants comme agents d'extraction, d'imprégnation, d'agglomération, de nettoyage, comme décapants, dissolvants ou diluants utilisation de solvants en tant que réactifs de laboratoires dans les synthèses organiques, en pharmacie, dans les cosmétiques

64. — Affections respiratoires professionnelles provoquées par le chrome ou ses composés toxiques
— Délai de prise en charge : 30 ans

Désignation de la maladie	Liste indicative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Cancer broncho-pulmonaire	Fabrication ou conditionnement de l'acide chromique, des chromates et bichromates alcalines Fabrication du chromate de zinc

65. — Affections causées par le tétrachloréthane

Maladies engendrées par le tétrachloréthane	Délai de prise en charge	Liste indicative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Névrite ou polynévrite	30 jours	Préparation emploi, manipulation du tétrachloréthane ou des produits en renfermant, notamment :
Ictère par hépatite, initialement apyrétique	30 jours	Utilisation comme matière première dans l'industrie chimique, en particulier pour la fabrication du trichloréthylène
Hépatonéphrite initialement apyrétique, icterigène ou non	7 jours	Emploi, comme dissolvant, en particulier de l'acétate de cellulose
Dermites chroniques ou récidivantes	3 jours	
Accidents nerveux aigus en dehors des cas considérés comme accidents de travail		

Tableau : Classification des emplois d'ouvrier dans le BTP

Catégorie	Statuts	Qualification
1ere catégorie	manœuvres ordinaires	éboueur, ponceur, ripeur, manœuvre
2ème catégorie	manœuvres spécialisés	ponceur de marbre, cureur, bétonnier conducteur d'engins fixe, sableur,
3ème catégorie	aide- ouvriers	aide mouleur, aide menuisier, matelot, conducteur dumper, coffreur, aide ferrailleur, aide feronnier, potier, cariste, aide thermo laqueur, aide empâteur, aide maçon, aide mouleur
4ème catégorie	ouvriers de spécialité débutants	peintre, électricien, conducteur tracteur, ébéniste, soudeur, mouleur, coloriste, ferrailleur, plombier, vitrier, menuisier coffreur, électrotechniciens
5ème catégorie	ouvriers professionnels	maçon, affuteur, poseur cloison, traceur sur bois, vernisseur, raboteur, vitrier, laqueur, conducteur d'engins bull de terrassement, escaliateur en bois, conducteur cylindre S20,
6ème catégorie	ouvriers professionnels qualifiés	opérateur radio transmission, menuisier coffreur, chef de pose, peintre, machiniste tourneur, monteur échafaudage, storiste, conducteur d'engins types E, mouleur (usine de fabrication), plombier TP, électricien installation bâtiment, chef de piste, ébéniste et menuisier bois, électricien installation bâtiment
7ème catégorie	ouvriers professionnels hautement qualifiés	ferronnier soudeur, électricien entretien, électrotechnicien, mécanicien de poste (usine), affuteur de scierie, responsable réparation ascenseurs, chef d'équipes

Source: MFPTEOP (2006)

Résumé de la thèse

Cette thèse porte sur la protection sociale des professionnels du bâtiment au Sénégal et plus particulièrement sur l'analyse du risque santé et de sa prise en charge chez les ouvriers à Dakar. Elle tente d'apporter des réponses à des interrogations portant sur les risques au travail, les besoins d'assurance santé et les stratégies de recours aux soins des travailleurs du bâtiment et de leurs familles.

La recherche, à la fois qualitative et quantitative s'appuie sur une enquête auprès de 540 ouvriers et sur une dizaine d'entretiens avec les acteurs de la protection sociale. Elle montre d'une part, que la couverture maladie dans le secteur du bâtiment est très faible (environ 5%) et la prise en charge assez limitée (soins primaires), et d'autre part que le régime sénégalais de prévoyance santé à travers la Caisse de sécurité sociale, les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) et les mutuelles de santé, connaît de nombreux dysfonctionnements qui l'empêchent d'être efficace et viable.

L'étude révèle que globalement les ouvriers du bâtiment ne connaissent pas la sécurité sociale ; ils ont recours aux structures publiques de santé en cas de maladies ou d'accidents. Toutefois, ils sont conscients des risques dans leur métier et utilisent largement des équipements de protection lorsque ceux-ci sont mis à leur disposition.

Enfin, les ouvriers sont les principaux financiers de la santé dans le ménage. Cependant, à cause de la faiblesse de leurs revenus et du coût de la couverture santé, ils sont pratiquement dans l'impossibilité de souscrire à une assurance. Ils préfèrent payer les mêmes prestations dans les structures publiques de santé à des coûts moins élevés.

Mots clés : accidents, assurance, bâtiment, ouvriers, protection sociale, risques, santé, Sénégal

Thesis Summary

This thesis examines the social security system for construction industry workers in Senegal with a focus on health risks and benefits in Dakar. It attempts answer questions concerning the risk of accidents at the workplace, health insurance needs and strategies deployed by workers and their families to obtain health care.

Based on the qualitative and quantitative analyses of 540 interviews of workers and of 10 providers of social and health services, this study reveals that health coverage is very poor (about 5%) and often limited to elementary care and that coverage by other actors such as the Social Security System, Preventive Health Institutions and mutual insurance plans are neither effective nor efficient.

This study shows that Senegalese construction workers have no real social security; they use public institutions when they are victims of accidents or are sick. However, they are aware of the risks associated with their jobs and seek protection when it is available.

Finally, workers are the main health providers for their families. Yet, because of very modest income and exorbitant health costs, they are virtually incapable to take out insurance and opt to pay for services in public institutions which are less expensive.

Key words: accidents, insurance, construction industry, workers, social services, risks, health, Senegal.