

**Déterminants de la sous-utilisation de la couverture maladie universelle
dans les structures sanitaires de Béoumi (Côte d'Ivoire)**

**Determinants of under-use of universal health coverage in health structures
of Béoumi (Côte d'Ivoire)**

KOUAME Konan Gauthier,

Doctorant, Groupe de Recherche Pluridisciplinaire en Politique Sociale et Système de Santé,
Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)

MANAN Gnamien Elie,

Chercheur Post-doc, Groupe de Recherche Pluridisciplinaire en Politique Sociale et Système
de Santé, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)

TCHETCHE Obou Mathieu,

Enseignant-Chercheur, Groupe de Recherche Pluridisciplinaire en Politique Sociale et
Système de Santé, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)

Date de soumission : 15/08/2025

Date d'acceptation : 22/10/2025

Pour citer cet article :

KOUALE. KG & AI (2025) « Déterminants de la sous-utilisation de la couverture maladie universelle dans les structures sanitaires de Béoumi (Côte d'Ivoire) », Revue Internationale du chercheur « Volume 6 : Numéro 4 » pp : 85 -105

Résumé

En réponse aux inégalités en santé, l'Etat ivoirien a adopté en Mars 2014, un décret instituant la Couverture Maladie Universelle (CMU) afin de garantir des soins de santé de qualité accessible et à moindre coût aux populations. Cependant, dans les centres santé de Béoumi, ce mécanisme assurantiel rencontre une réticence sociale (Environ 2% des usagers des structures de santé utilisent la carte CMU). L'objectif de cette étude était alors de comprendre les déterminants favorisant la sous-utilisation de la CMU à Béoumi. Pour ce faire, une enquête qualitative a été réalisée dans trois aires sanitaires du district sanitaire de Béoumi. La recherche documentaire et des entretiens semi-directifs avec la population cible (résidents, personnel médical et agents CMU) ont été mobilisés pour investiguer. Les résultats montrent une faiblesse institutionnelle et politique en matière de conduite des mécanismes assurantiers (défis sanitaires), une inadaptation des dites politiques d'avec les réalités locales des populations en matière de mutualisation des risques et de la gestion de la maladie, ainsi que des défis économiques vécus par celles-ci.

Mots clés : CMU, Accès aux soins de santé, Mutualisation des risques, Côte d'Ivoire, Equité, entretien semi-direct, analyse thématique, secteur informel, pluralisme médical.

Abstract

In response to health disparities, the Ivorian government issued a decree in March 2014 establishing Universal Health Coverage (UHC) to ensure quality, accessible, and affordable healthcare for the population. However, in the health centers of Béoumi, this insurance system faces public resistance (About 2% of healthcare facility users utilize the UHC card). The goal of this study was therefore to identify the factors contributing to the under-use of UHC in Béoumi. To this end, a qualitative survey was conducted in three health area within the health district of Béoumi. The research included document analysis and semi-structured interviews with the target population (residents, healthcare providers, and UHC representatives). The results reveal systemic and political weaknesses implementing insurance systems (health challenges), a disconnect between these policies and the local population's realities regarding risk-sharing and illness management, as well as the economic challenges faced by the community.

Key words: UHC, Healthcare access, Risk pooling, Côte d'Ivoire, Equity, Semi-structured interviews, thematic analysis, informal sector, medical pluralism

Introduction

Les solutions au difficile accès des populations aux soins de santé intègrent plusieurs dimensions. Elles s'inscrivent dans des séries politico-institutionnelles tant au niveau mondial, régional que national. Au plan mondial, la CSU est au cœur de l'agenda du développement international car faisant partir des cibles que la communauté internationale s'est fixées lors de l'adoption en 2015 des Objectifs de Développement Durables (ODD). (Global Média Santé, 2019). L'ODD 3 et le sous-objectif 3.8 lui font directement référence en visant à ce que les individus bénéficient d'une couverture sanitaire, comprenant une protection contre les risques financiers et en facilitant l'accès aux services de santé de qualité. Cela implique cette importance que revêt la CSU pour le progrès vers la « santé pour tous ».

C'est dans ce contexte qu'en Mai 2005, l'assemblée mondiale de la santé a approuvé une résolution qui invitait ses Etats membres à œuvrer à la mise en place d'une couverture universelle (Oms, 2005). En outre, la déclaration d'Astana tenue à l'occasion du quarantième anniversaire de la conférence d'Alma Ata, a invité les gouvernements du monde à soutenir cette déclaration en promouvant et protégeant la santé collective, individuelle, et le bien-être des populations à travers des systèmes de santé solides (Global Conference, 2018).

Au plan continental, en 2010 à Yaoundé, 47 Etats ont adopté la déclaration tripartite sur la mise en œuvre du socle de protection sociale. Ces Etats, tous membres de l'OIT ont reconnu le besoin urgent de commencer la mise en place effective et rapide d'un socle de protection sociale pour tous les africains. Ensemble, ils ont tous reconnu la plus-value d'une telle initiative sur la productivité et le développement économique (Oit, 2021). La Côte d'Ivoire, étant membre de ces organisations régionales et internationales n'est pas restée en marge de ces politiques novatrices en matière d'offre de soins de santé aux populations. En effet, depuis 2014, le pays a institué une loi portant création et organisation de la couverture maladie universelle enregistrée sous le N° 2014-131 du 24 Mars 2014 (BI Neantien, 2023). De plus, le programme social du gouvernement (PS Gouv¹) promulgué en 2018 a identifié la couverture sanitaire universelle comme un enjeu prioritaire. Ce programme s'est fixé comme objectif la réduction

¹ PS Gouv : c'est un instrument de renforcement de la dimension sociale de la politique du président de la République de Côte d'Ivoire. Il s'étale plusieurs secteurs de la société ivoirienne, notamment la santé, l'éducation etc.



de la mortalité maternelle et infantile et l'atteinte d'une couverture CMU à 100% (Japan International Cooperation Agency, 2022).

Cependant, malgré cette volonté politique et institutionnelle portée par les pouvoirs publics les activités de la couverture maladie universelle débutées depuis Octobre 2019 rencontre des écueils de fonctionnement dans le district sanitaire de Béoumi. D'après une analyse de chiffres émanant des activités de cette couverture risque sanitaire en 2024, seulement 550 usagers ont utilisé la carte CMU sur près de 27 milles usagers sur trois trimestres de quatre structures sanitaires (Point focal district Béoumi, 2024). Ce constat traduit ainsi une sous-utilisation de cette assurance par les usagers des centres de santé.

Au regard de ce qui précède, il nous incombe d'analyser les défis que rencontrent les activités de la CMU au niveau des structures de soins de Béoumi en s'appuyant sur le modèle d'accès aux soins de santé proposé par Penchansky & Thomas (1981). En effet, ces auteurs proposent une approche multidimensionnelle de l'accessibilité aux soins qui tient compte de cinq axes (modèle des 5 « A »). Le modèle des 5 A est une abréviation en langue anglaise des mots disponibilité, accessibilité géographique et économique, acceptabilité et organisation. Pour ces auteurs, l'accessibilité aux soins désigne la disponibilité à avoir une présence suffisante de ressources de santé telles que (le personnel soignant, les médicaments et équipements). Les notions d'accessibilité géographique et économique désignent respectivement la facilité d'accès physique aux infrastructures de soins, ainsi que la capacité des individus à payer pour les services. Le quatrième A, à savoir l'acceptabilité traduit l'alignement des services avec les attentes culturelles et sociales des usagers. Enfin, le dernier mot à savoir organisation ou accommodation en anglais signifie une adéquation entre les besoins des usagers et l'organisation des services.

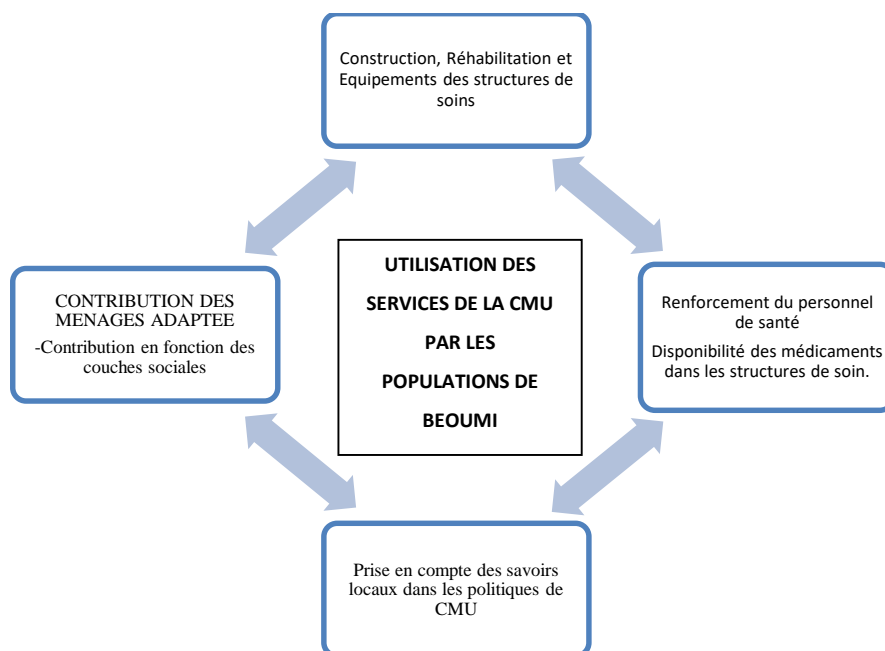


Figure 1 : Schématisation du modèle d'utilisation des prestations CMU à Béoumi, notre étude 2025

En s'appuyant sur le modèle proposé, les interrogations qui fondent cette investigation se déclinent comme suit :

Quels sont les déterminants médicaux de la contre-performance de la CMU à Béoumi ?

- Comment les déterminants socio-économiques traduisent-ils la sous-utilisation de la CMU par la population ?
- Comment les pesanteurs culturelles expliquent la réticence des communautés vis-à-vis des prestations de la CMU ?

L'objectif de cette étude est d'analyser les facteurs favorisant la sous-utilisation de la CMU à Béoumi. De façon spécifique, il s'agit d'identifier les déterminants médicaux de la contre-performance de la CMU à Béoumi. Ensuite, montrer les déterminants socio-économiques traduisant la sous-utilisation de la CMU par les populations, enfin relever les pesanteurs socioculturelles limitant l'utilisation des prestations CMU par les populations.

1. Méthodologie

Cette section aborde distinctivement la nature et sites de l'étude, la population cible, les techniques de collecte et de traitement des données, les théories d'analyse et les considérations éthiques.

1.1. Nature et sites de l'étude

L'étude s'inscrit dans une approche qualitative ancrée dans la tradition phénoménologique. Elle s'est déroulée entre Mars 2024 et janvier 2025 dans le district sanitaire de Béoumi. Précisément dans trois aires géographiques que sont la ville de Béoumi, ainsi que les aires sanitaires d'Ando-Kékrenou et de Bodokro. Le choix du district sanitaire de Béoumi se justifie par le fait que, cette localité fait partie de l'ex zone Centre Nord-Ouest² pendant de la crise militaro-politique qu'a connu le pays entre 2002 et 2010. Les services sociaux de base ont dûment été impactés au cours de cette période, avec comme conséquence un effondrement des indicateurs de santé (Japan International Cooperation Agency, 2022). Par ailleurs à l'instar des autres localités du pays, Béoumi accueille les activités de la CMU depuis 2019.

1.2. Population de l'étude et échantillonnage

Les unités d'observations de cette étude sont constituées autour de trois entités. Ce sont les populations de ces localités, le personnel de santé exerçant au sein de ces structures et le personnel CMU. Ainsi, pour cette approche qualitative nous avons eu recours à l'échantillon par choix raisonné (N'da P, 2015). Cette technique nous a permis de contacter des personnes qui de par leurs savoirs et expériences avec le sujet d'étude ont été à même de nous fournir des informations valides et complètes. La taille de ces enquêtes est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1 : récapitulatif des personnes enquêtées

| Catégorie des enquêtés | Taille |
|--|--------|
| Responsable local CMU | 1 |
| Point focal CMU District | 1 |
| Responsables des structures sanitaires | 4 |

² Ex zone Centre nord-ouest : Désigne les territoires contrôlés par la rébellion ivoirienne lors de la crise militaro-politique que le pays a connu entre 2002 et 2010

| | |
|----------------------------|----|
| Autorités coutumières | 4 |
| Personnel de santé | 5 |
| Agents CMU | 4 |
| Population | 20 |
| Thérapeutes traditionnels | 4 |
| Responsable camp de prière | 4 |

Auteur : Notre étude, 2024

Pour précision, la taille des enquêtés issus de la population a arrêté à travers le principe de la saturation des informations pendant l'investigation. Les entretiens ont été interrompus lorsque les données recueillies sont devenues redondantes.

1.3 Techniques de collecte et de traitement de données

Dans cette étude, nous avons mobilisé la recherche documentaire, l'entretien semi-directif en guise de technique de collecte de données. Des outils spécifiques sont affiliés à chaque technique pour atteindre les objectifs de cette étude. Concernant la recherche documentaire, une grille de lecture a permis de consulter des documents officiels sur la mise en place des systèmes de protection sociale en santé. Cette étape a contribué à la compréhension globale des enjeux qui sous-tendent cette politique novatrice d'offre de soins de santé dans les pays en développement. S'agissant des entretiens semi-directifs, ils ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien dans l'optique de recueillir les informations sur l'aspect organisationnel de la CNAM, les perceptions sur le fonctionnement des activités CMU.

Au niveau du traitement des données, nous avons opté pour une analyse de contenu assisté par le logiciel Word (Version 2013). En effet, après la codification des verbatim des enregistrements audio des entretiens, nous avons effectué un tri thématique (Braun et Clarke, 2006). De manière explicite, les informations pertinentes provenant de chaque unité d'observation ont été en fonction des objectifs de l'étude.

1.4 Théorie d'analyse

Les données recueillies ont été analysés sous le prisme de la théorie systémique de Talcott Parson. Cette approche décrit la société comme un système organisé d'acteur (individus ou

1.5 Considérations éthiques

2. Résultats

2.1. Déterminants médicaux de la sous-utilisation de la CMU

« Les difficultés, il en existe dans notre centre de santé, elles sont de diverses ordres. Notamment, en ce qui concerne les infrastructures, le centre est exigu, le bâtiment est vieillissant, bref il faut une réhabilitation surtout avec l'avènement de la CMU. Je signale que le bâtiment est vieux et date depuis 1977. L'insuffisance de budget ne permet pas d'engager des travaux lourds. ». (K V Responsable de structure, Août 2024)

« Au niveau de notre structure nous avons plus ou moins, le personnel qu'il faut. Mais nos défis restent au niveau des aides-soignants fonctionnaires, car en dehors du médecin, des infirmiers et les sages-

femmes, les autres personnels sont en quelques sorte des bénévoles et cela nous posent des problèmes concernant leurs rémunérations. » (BBK Responsable de structure, Octobre 2024)

L'analyse des verbatim ci-dessus met en évidence des difficultés structurelles que rencontrent les structures de soins de Béoumi dans ce contexte de mise en œuvre des activités CMU. Ces difficultés sont de divers ordres, elles mettent avant la vétusté des installations sanitaires, l'insuffisance voire l'indisponibilité des services médicaux au sein des formations sanitaires et un sous-effectif du personnel de santé. Conduisant, les structures de soins à se rabattre sur des contractuels. A l'instar des autres indicateurs cités, le recours au personnel contractuel se voit être rattrapé par des difficultés financières sous fonds d'insuffisance de ressources budgétaires allouées aux établissements sanitaires.

De manière globale, ces difficultés mettent en avant la problématique de la gouvernance sanitaire par les pouvoirs publics. En marge des défis sanitaires évoqués en amont, figure un autre pan tout aussi important à savoir le médicament eu égard à son caractère essentiel qu'il revêt pour la vitalité du système de santé. Le médicament est un élément essentiel du système de santé, sa garantie au niveau des structures de santé en terme de disponibilité est cruciale pour une prise en charge optimum des populations. Cependant, les données empiriques font état des profonds dysfonctionnements au niveau de cet indicateur. Les verbatim ci-dessous provenant des agents de santé et des populations en disent assez longs :

« Le patient en général est exigeant, et de surcroît ceux ayant la carte CMU. Ces derniers supportent difficilement quand tu leur dis que tel ou tel produit ou médicament manque. Car, il admet difficilement qu'il paye ses cotisations et quand il tombe malade sa prise en charge piétine pour une question de disponibilité des médicaments. » (KKOP, Préparateur et gestionnaire en pharmacie, Novembre 2024).

« S'agissant des médicaments CMU, il faut dire qu'en plus des fréquentes ruptures que nous connaissons malheureusement ne sont suffisants pour moi. Un certain nombre de médicament ne passe pas. Si c'est pour bénéficier du paracétamol 200 F qu'on achète déjà ça ne sert à rien d'avoir une carte CMU. » (KK A Instituteur, Juillet 2024)

L'analyse des propos ci-dessus met en relief une certaine exaspération de certains de nos enquêtés. Notamment ceux issus de la catégorie des travailleurs du secteur public (Fonctionnaire). En effet, cette catégorie professionnelle bénéficie déjà des régimes assurantiels notamment la MUGEFCI. Car, il convient de le rappeler en Côte d'Ivoire tous les travailleurs du secteur public sont assujetties à la mutuelle des fonctionnaires. Ayant cette tradition assurantielle, ceux-ci font un parallèle entre leur régime assurantiel d'alors et celui issu de

l'arrimage d'avec la couverture maladie universelle. Ceux-ci mettent en avant une indisponibilité des médicaments, une certaine dévalorisation du panier de soin « médicament » par rapport à celui de la MUGEFCI. Et mieux, ils s'interrogent sur l'utilité de cette carte en tenant compte du panier (des médicaments).

Face à ces ruptures fréquentes en médicaments dans les centres de santé dans le cadre des activités de la CMU, des pistes de solutions y ont été proposées par les responsables de la CNAM. A savoir s'appuyer sur un réseau d'officine privé en vue de juguler cette problématique, cependant cette solution semble difficilement applicable. Les propos-ci donne un aperçu :

« Effectivement, concernant les ruptures des médicaments l'agent CMU nous fait savoir que si nous avons des ruptures concernant les produits pour nos soins médicaux, il existe un accord entre la CMU et les pharmacies privées. Donc on peut se rendre là-bas et on aura nos médicaments. Mais, à notre niveau ce qui nous pose problème c'est la distance. » (KS Couturier, Mars 2024)

L'analyse de ce verbatim révèle la résolution partielle du problème de la disponibilité des médicaments au niveau des structures sanitaires de Béoumi. Cette situation est d'autant plus complexe dans le cas particulier du district de Béoumi eu égard à certaines réalités que connaît cette localité. En effet, la seule officine privée du district se retrouve au centre-ville, une situation qui fait que seuls les assurés de cette localité peuvent recourir à celle-ci pour juguler la rupture des médicaments au niveau des pharmacies de structures publiques sans grande difficulté. Cependant, au niveau des aires de Ando-kékrenou et de Bodokro, cette solution proposée par la CNAM en vue de résoudre les problèmes de ruptures des médicaments engendrent des frais de transport chez les assurés de ces aires. Toute chose qui contraste avec la vision de la CMU à savoir réduire les dépenses liées à la santé des populations.

2.2. Déterminants économiques de la sous-utilisation de la CMU

Les prestations délivrées dans le cadre d'un régime assurantiel sont subséquentes aux contributions des assurés. Cet état de fait figure parmi les prérogatives mise en place par le gouvernement ivoirien. Celui-ci a ainsi institué deux régimes à savoir un régime dédié aux personnes indigentes (Régime d'Assistance Médicale), et le second dédié aux personnes non indigentes issues des différents secteurs d'activités que disposent le pays. Ce sont notamment, les travailleurs du secteur public, du secteur privé et ceux de l'économie informelle. Les données empiriques issues de nos investigations font état de difficultés dans le recouvrement des cotisations chez les travailleurs du secteur informel.

Cette situation engendre une catégorisation involontaire des assurés à la CMU au niveau du district sanitaire de Béoumi partagée entre d'un côté entre les fonctionnaires et les personnes indigentes.

Les propos ci-dessous émanant d'un enquêté, un agent CMU et agent de santé traduisent cet état de fait :

« Nous délivrons 5 à 7 prestations par mois, et généralement ce sont des fonctionnaires et les indigènes. Concernant les paysans c'est vraiment très rare. » (NGA Agent CMU, Mars 2024)

« La majorité de nos clients sont issus du groupe des fonctionnaires et des indigènes. On a ces deux groupes parce que concernant les fonctionnaires, ils sont directement prélevés à la base. Les indigènes eux ils ne payent rien, quand ils sont malades. » (ES Agent de santé, Avril 2024)

L'analyse de ces verbatim met en évidence une sélection involontaire des adhérents et bénéficiaires des prestations CMU. Cet état de fait soulève des interrogations quant à la non exclusivité de la couverture maladie universelle telle que son nom l'indique. En effet, l'extension des activités des systèmes de protections sociales en santé dans les états africains répondait à la réduction des inégalités d'accès aux soins de santé et au renforcement de l'équité. Dans la mesure où, les fonctionnaires étaient déjà bénéficiaires de système de protection sociale notamment avec la MUGEFCI, à travers le Fonds de Prévoyance de la Police Nationale (FPPN), ou même la Mutuelle Générale des Agents du trésor. Ces catégories professionnelles issues de l'administration publique connaissent sinon sont utilisatrices des mécanismes de prépaiement des soins de santé. A côté de cela, les personnes indigènes bénéficient elles depuis un certain moment des mesures d'accompagnement des pouvoirs publics en vue de bénéficier des systèmes de protections sociales. C'est le cas notamment avec la mise en place du projet « filets sociaux ». C'est donc pour les populations issues du monde informel que la mise en place de la CMU entend apporter une solution à la problématique à l'accès aux soins. Ainsi, cette catégorisation des adhérents aux activités CMU laisse entrevoir une sorte de réplique du déjà-vu.

De plus, cette sélection involontaire s'est construite autour des fonctionnaires et personnes indigentes d'un côté et des acteurs du secteur informel de l'autre côté. Cet état de fait est la conséquence d'un certain nombre de facteurs qui fondent cette catégorisation. Les verbatim ci-dessous provenant, des agents CMU, agents de santé et d'un enquêté en disent assez long :

« Au niveau de notre localité, il faut dire que les populations sont constituées majoritairement des paysans. Ce qui fait que ces derniers sont dépendants des cultures agricoles, notamment l'anacarde. »

Les quelques-uns qui cotisent le font généralement pendant la traite et après ils arrêtent. » (TBZM Agent de santé, Mars 2024)

« Ce qui fait que généralement, les populations du secteur informel sont presque absentes parmi les utilisateurs de la carte CMU, est que pour la plupart ces derniers n'ont pas une activité stable. On peut dire, ils vivent le jour le jour. Or les fonctionnaires comme les personnes indigentes eux ils sont pris en charge par l'Etat » (SM Agent CMU, Avril 2024).

« Affaire de CMU, il ne faut pas on va se mentir ça sera difficile pour nous autres. Moi j'ai 8 enfants et ma femme, j'ai trois qui sont au collège à Béoumi, et chaque semaine je dois faire partir l'argent pour eux là-bas. Mes activités ne marchent pas tout le temps. » (KKF, Soudeur, Mars 2024)

L'analyse de ces verbatim met en évidence, les facteurs qui fondent la catégorisation des utilisateurs de la carte CMU à Béoumi, avec notamment une sous-utilisation de ce mécanisme assurantiel par les acteurs du monde informel. En effet, parmi les prérogatives mises en place par l'Etat concernant l'utilisation de la carte CMU figurent la capacité contributive des populations. Laquelle capacité contributive est dépendante de la garantie d'une source de revenu. Les facteurs qui sous-tendent la sous-utilisation des prestations CMU par les populations issues du monde informel sont liés à l'absence d'un emploi stable, donc les garanties de revenu à plein temps. Ces populations sont pour la plupart des paysans et acteurs du monde informel (menuisier, maçon, couturier, coiffeur, chauffeur de moto Taxi ect.). Ainsi, une certaine contribution est mise en avant chez ces dernières, notamment pendant la période de vente des produits agricoles de rente qui dure trois à quatre mois pour les paysans et les autres en fonction de la vitalité de leur activité. Cependant, en période de disette liée notamment à la baisse de leur activité économique. Ces dernières sont contraintes de mettre un terme à la régularité au niveau des cotisations. A cela s'ajoute, une multitude de charge auxquelles celles-ci sont exposées. Ainsi, une catégorisation desdites charges sont mises en avant par les populations, parmi lesquelles la contribution mensuelle liée à la carte CMU est reléguée en seconde zone.

2.3. Déterminants culturels de la sous-utilisation de la CMU

L'état morbide ou pathologique est une situation à laquelle tous les êtres vivant font face au cours de leur séjour sur terre. Sa survenue chez autrui ou au sein d'une communauté est soumise à d'intense réflexion avec comme objectif celui de lui venir à bout. Ces réflexions aussi diverses que variées génèrent des pratiques en rapport avec la gestion de la maladie, ainsi que la mise en place des réseaux de soins et soutiens par les communautés afin de conjurer le mal.

Au niveau des communautés de Béoumi, une absence de culture mutualiste ou des mécanismes de solidarité autour de la maladie sont mis exergue. Cette tendance est corroborée par les dires de ces habitants de l'un de nos sites d'enquête :

« Depuis que nous sommes dans notre village ici, on n'a jamais vu une association où on cotise l'argent pour se soigner. Souvent, c'est quand il y a un décès ou bien mariage ou Dot qu'on se cotise entre nous pour soutenir la personne. Ce genre de chose là, il y en a plein ici. » (KAD, paysan, Mars 2024)

Un autre renchérit en ces termes :

« En tout cas, nous-mêmes en voit qu'on est plus tourné vers les choses comme les funérailles, ou bien mariage ou bien baptême. Mais côté maladie ce n'est pas le cas. On ne sait pas pourquoi c'est comme ça mais on est venu trouver ça comme. Souvent même on se demande pourquoi c'est comme ça. » (A YN, Leader communautaire, Avril 2024)

Les témoignages ci-dessus mentionnés laissent entrevoir chez les populations une certaine attitude à recourir à une sorte de solidarité portée plutôt vers des événements comme le mariage, les baptêmes ou encore autour des cérémonies funéraires. En revanche, cette solidarité est quasi inexistante lorsqu'il s'agit de la prévoyance du risque maladie. Elles justifient cela par une certaine habitude qu'elles ont acquis depuis des lustres dont elles ne sauraient donner une explication face à cette situation. Mieux, elles signifient que cette solidarité autour de la maladie est telle que, les uns et les autres sont plus ou moins touchés quand il s'agit d'un tel cas de figure. Cependant, lorsque la mort survient un certain élan de solidarité se déploie, chose qui n'était pas le cas avec la maladie. Des incompréhensions, voire interrogations taraudent leur esprit face à cet état de fait, qui pour l'heure n'aurait pas de réponse. Outre, cette absence de culture mutualiste chez les communautés de Béoumi, celles-ci sont adeptes des pratiques thérapeutiques autres que le système conventionnel en matière de prise en charge des états morbides. Ce tableau ci-dessus traduit, cet état de fait.

Tableau N°2 : Aperçu des autres formes thérapeutiques face à la maladie dans le District de Béoumi.

| Aire de santé District Béoumi | Types de structures de soins | | | Mode de transmission savoirs | | | Spécialités |
|-------------------------------|-----------------------------------|----------------|------------------------------------|------------------------------|----------|---------------|-----------------------------------|
| | Praticien médecine traditionnelle | Camp de prière | Accoucheuse traditionnelle/Matrone | Génie | Héritage | Apprentissage | |
| Aire Béoumi | 67 | 24 | 09 | 42 | 36 | 08 | Accouchement, Sort, Folie, Bosse, |
| Pourcentage | 35% | 44% | 14% | 50% | 37% | 12% | Fontanelle, Maladie mystique, |
| Aire Ando-kékrenou | 19 | 05 | 08 | 09 | 04 | 01 | Désenvoutement, Traitement |
| Pourcentage | 10 % | 9 % | 13 % | 11 % | 4% | 1 % | |

| | | | | | | | |
|--------------------------|------|------|------|------|------|------|---|
| Aire de Bodokro | 17 | 11 | 14 | 14 | 08 | 16 | fracture, Polyvalent, Prière de délivrance, Stérilité |
| Pourcentage | 9 % | 20 | 22 % | 16% | 8% | 24 % | |
| Aire Kondrobo | 10 | 03 | 06 | 04 | 03 | 09 | Paludisme, Zona, AVC, Typhoïde, Sida, Tension (HTA), Paralysie, Maladie |
| Pourcentage | 5 % | 6% | 9 % | 5 % | 3% | 13 % | |
| Aire Lolobo | 10 | 02 | 07 | 03 | 02 | 14 | d'oiseaux, Ulcère de Buruli, Hémorroïde, Epilepsie, |
| Pourcentage | 5% | 4 % | 11 % | 4% | 2 % | 21 % | |
| Aire Mrabadiassa | 04 | 02 | 03 | 00 | 02 | 05 | Faiblesse sexuelle, Morsure de serpent, Diabète, |
| Pourcentage | 2 % | 4 % | 5% | 00 | 2 % | 7 % | |
| Aire N'guessankro | 65 | 07 | 17 | 12 | 42 | 14 | Extraction de balle, Dégoût alcool et Tabac, Fibrome |
| Pourcentage | 34 % | 13 % | 27 % | 14 % | 44 % | 22 % | |

L'analyse du tableau ci-avant met en évidence les formes thérapeutiques en rapport avec la maladie existant dans le district sanitaire de Béoumi. Ce que nous retenons de prime à bord de est que toutes les aires sanitaires de Béoumi (7) regorgent en leur sein des structures de prise en charge de la maladie en dehors de la médecine conventionnelle. L'aire sanitaire de Béoumi vient en tête avec 100 praticiens des autres formes thérapeutiques sur 310 soit 32,25%, suivie de l'aire de N'guessankro avec 89 Praticiens sur 310 soit 28,70%. Ensuite, l'aire sanitaire de Bodokro vient avec 42 praticiens sur 310 soit 13,54% suivie de l'aire d'Ando-kékrenou disposant de 32 praticiens sur 310 soit 10,32%. Les aires de Lolobo, Kondrobo et de Marabadiassa ont respectivement 6,12%, 6,12% et 2,90%.

De plus, l'analyse révèle que l'héritage vient en tête en terme de mode de transmission du savoir médical chez ces praticiens à savoir 97 sur 248 soit 39,11%, suivie d'une transmission du savoir par des forces surnaturelles (Génie) à savoir 84 sur 248 soit 33,87% et enfin un mode de transmission par apprentissage représentant 67 sur 248 soit 27,01%. Enfin, de cette analyse il ressort une panoplie d'affection qui est prise en charge par ces thérapeutes traditionnels et les responsables des camps de prière. Ces affections sont réparties entre celles issue d'une agression microbienne (paludisme, fièvre typhoïde), de traumatisme (fracture), accouchement et autres affections relevant de la sphère spirituelle (sort, envoûtement, sorcellerie, maladie mystique, prière de délivrance).

Les propos ci-dessous émanant des tenanciers de ces pratiques médicales, des professionnels de la santé et des populations donnent un aperçu de ces formes médicales au sein des communautés de Béoumi :

« Nous recevons des malades pour beaucoup de cas de maladie. Mais grâce à la prière et aux jeun et les délivrances on parvient à résoudre leur problème ». (YKF, Responsable camp de prière, Juin 2024)

Un agent de santé corrobore les dires de ce responsable de Camp de prière :

« Dans notre localité ici, il faut dire qu'il a assez de camp de prière et ces camps regorgent en leur sein assez de malades. Des malades particuliers c'est-à-dire souvent porteur de maladie assez grave comme la tuberculose et le VIH. Et ils sont dans ses camps entraînés de jeûner, de prier sans aucuns soins médicaux, avec tout ce qui comporte comme risque et souvent on nous les envoie dans des états vraiment piteux. Malgré nos sensibilisations ils continuent. » KS, (Agent de santé, Aout 2024).

Toujours dans cette dynamique un autre agent de santé renchérit sur les pratiques des populations en rapport avec les thérapeutes traditionnels.

Voici ce qu'il dit à ce sujet :

« Il faut dire que les populations nous fatiguent avec les soins traditionnels qu'ils amorcent à la maison avant de venir à l'hôpital, et ça c'est vraiment récurrent. Souvent pour défaut de compréhension, ils repartent sans soins » (N K C, Infirmier, Aout 2024)

De ces entretiens, l'on note des pratiques médicales soutenues autre que la médecine conventionnelle eu égard au nombre relativement élevé des adeptes de ces formes médicinales au sein des communautés de Béoumi. Notamment les guérisseurs traditionnels et les camps de prière. A cela s'ajoute, la pérennité de ces pratiques médicales tant chez les thérapeutes que chez les populations. Cela se perçoit à travers le mode transmission du savoir chez ces thérapeutes qui est dominé de bout en bout par l'héritage et l'apprentissage. On comprend clairement que nous sommes dans une pratique qui est générationnelle et ancestrale chez ces derniers. Toute chose qui met en avant le caractère héréditaire de ces pratiques médicales. De plus, concernant les populations l'on aperçoit également le fort ancrage de ces pratiques par rapport à leur relation avec la maladie.

Ce fort ancrage saurait s'ériger en une sorte de protectionnisme, voire une attitude ethnocentrique par rapport à ces savoirs médicaux locaux. Si en théorie elles ne sont pas fermées quant aux recours à d'autres pratiques médicales, celles-ci ne sont également pas prêtes à abandonner leurs pratiques culturelles pour une autre. Leur comportement pourrait s'assimiler à un mixage des approches médicales traditionnelles et conventionnelles.

Toute chose qui saurait pour l'heure impossible, eu égard à l'absence de texte juridique formalisant cette conciliation entre ces deux approches.

En clair, l'omniprésence des pratiques médicales endogènes et le fort ancrage qu'elles représentent chez les populations pourrait influencer sur le comportement de celles-ci dans ce contexte de CMU.

3. Discussion

Les défis de l'implémentation des activités de la CMU à Béoumi sont entre autres le vieillissement des installations sanitaires, l'absence de certains services médicaux, les ruptures fréquentes des médicaments, ainsi que le sous-effectif du personnel de santé au niveau des formations sanitaires. Ces résultats sont en conformité avec ceux de Ouattara (2024) qui attestent que le défi de l'amélioration de la qualité des prestations médicales est un aspect que le gouvernement ivoirien devrait prendre en compte pour la réussite du projet CMU. L'auteur souligne que le renforcement des équipements et matériels au niveau des structures sanitaires reste un facteur important afin de faciliter le travail des professionnels de la santé. Par ailleurs, les responsables de structures sanitaires de Béoumi lient ces difficultés mentionnées par l'insuffisance de ressources financières allouées à leur structure sanitaire. Cet état de fait a été mis en avant par le Ministère de la santé et de l'hygiène publique (2019) qui rappelle que le pays peine à honorer ses engagements en matière de financement du secteur sanitaire. Pire, la Côte d'Ivoire figure parmi les pays ayant un budget de la santé moins conséquent de la sous-région ouest-africaine, loin derrière le Ghana et le Burkina Faso.

En outre, la mise en œuvre des activités CMU au niveau de Béoumi met en avant une catégorisation des usagers des structures sanitaires. Notre étude révèle une proportion élevée des usagers CMU composés majoritairement par les fonctionnaires et les usagers issus du groupe des indigents exempts de contribution. Cette assertion est mise en avant par le (PNUD, 2021). L'organisation onusienne mentionne que 82% des habitants d'Afrique subsaharienne n'ont pas accès à un système de protection sociale. Pour l'organisation onusienne les travailleurs de l'économie informelle constituent le « chaînon manquant » des politiques de protection sociale. En effet, en tant qu'adultes actifs, ils n'ont généralement droit à aucune forme d'assistance sociale ciblée et fondée sur des critères de ressources. A ce sujet l'étude mentionne que Béoumi regorge en son sein une proportion importante de population exerçant dans le secteur informel. Ces derniers évoluent dans des activités ne garantissant pas des

revenus stables et conséquents combinée à une multitude de charges dont ils supportent. Donnant lieu à une auto-exclusion des activités CMU. Cette situation renforce les inégalités d'accès de ces derniers au mécanisme assurantiel. Sene (2020) souligne que, les agents du secteur informel composent les catégories les plus exposées au risque de perte d'emploi et de revenus. L'auteur poursuit en affirmant que ceux-ci ne bénéficient d'aucun contrat lié à leur emploi et ne sont bénéficiaires d'aucun avantage social. Abondant dans la même perspective, Saye (2023) fait ressortir que contrairement aux travailleurs du secteur formel dont la charge des cotisations est supportée à 50% par l'employeur et l'Etat tandis que celle des travailleurs indépendants, autoentrepreneurs et du secteur informel est entièrement à leur charge.

Enfin, la prédominance des usages médicaux locaux dans la gestion de la maladie est une réalité au sein des communautés de Béoumi. Elle conditionne les comportements de celles-ci en terme de gestion des états morbides à travers un pluralisme médical. Cette particularité ressortie dans la présente étude rejoint les travaux de Sossa (2010). En effet, l'auteur souligne à ce sujet que l'offre de soins n'est pas le monopole de la médecine moderne, elle est concurrencée en Afrique surtout par la pharmacopée traditionnelle. Pour l'auteur, les représentations sociales des causes de la morbidité ou de la maladie sont dans plusieurs cas justifiées par des forces surnaturelles en contexte africain. Pourtant le système médical occidental, ne peut accepter l'hypothèse des causes surnaturelles à la maladie. Pour l'auteur, cette situation engendre une auto-exclusion des populations quant à leur adhésion à une mutuelle de santé. Dans la mesure où, les soins administrés aux populations adhérentes au mécanisme risque maladie ont pour référence la médecine moderne. Cette situation relevée par Sossa est une caractéristique des communautés de Béoumi dans la gestion de la maladie. En effet, celles-ci convoquent un pluralisme médical alliant le recours au guérisseur, au prophète et le système médical conventionnel. Leurs attitudes s'apparentent à un assemblage de ces trois canaux thérapeutiques. Une certaine légitimation est mise en avant par celles-ci eu égard aux adeptes de ces formes médicinales, le tout combiné à une autre légitimation cette fois-ci portée par les pouvoirs publics à travers la création du programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle par un arrêté ministériel du ministère en charge de la santé sous le n° 409 du 28 décembre 2001 (Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2019). En revanche, une législation inexistante conciliant ce pluralisme médical est à déplorer. Une telle perspective collaborative dans ce sens pourrait aider dans ce contexte de CMU.

4. Recommandations

La mise œuvre de la CMU à Béoumi a mis en évidence des failles entravant la bonne marche des activités. Ces écueils au niveau de la conduite des activités se résument à des défis inhérents au système sanitaire, à l'impérieuse intégration des travailleurs du secteur informel aux activités de la CMU, ainsi qu'à un fort ancrage des usages médicaux locaux dans des habitudes thérapeutiques des populations en rapport avec la gestion de la maladie.

Les obstacles à l'effectivité de la couverture maladie universelle à Béoumi mettent en lumière les défis liés à la gouvernance des politiques publiques de santé en Côte d'Ivoire. Pour relever ces défis, il est essentiel de mettre en place des stratégies pour renforcer la gouvernance sanitaire. Ainsi, l'étude se réserve le droit de faire des propositions pour améliorer la conduite des projets visant l'instauration des mécanismes de prépaiement à l'image de la CMU. Voici quelques propositions potentielles qui sont adossées à des modèles conceptuels parmi lesquels figure le cube de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) selon l'OMS (2015) et le modèle d'utilisation des soins selon Anderson. Le cube de la CSU selon l'OMS met en avant trois objectifs interdépendants pour atteindre la couverture sanitaire universelle. Ce sont entre autres l'accès équitable aux services de santé des populations, la qualité des services ainsi que la protection financière. Ces trois objectifs mettent en évidence le rôle crucial des pouvoirs publics dans la conduite des régimes assurantiels. Ces rôles se définissent par des politiques et orientations reflétant les réalités locales d'avec les spécificités qui fondent les approches en matière de système de protection sociale. Ainsi, il appartient à l'Etat de mettre en œuvre une contribution adaptée au revenu et à la situation sociale des populations. Notamment une contribution en fonction des catégories sociales constituant la société ivoirienne. En adoptant cette approche qui prend en compte les catégories sociales de la société ivoirienne et leurs besoins spécifiques, il est possible d'améliorer l'accès aux services de santé et la protection financière de celles-ci. En ce qui concerne l'objectif 2, l'Etat doit consentir les ressources financières nécessaires au secteur sanitaire conformément aux engagements internationaux en matière de financement de la santé (Déclaration Abuja ³), afin de garantir des services de santé de qualité.

³ Déclaration d'Abuja : Fait référence à l'engagement pris par des Etats africains en 2001 afin d'allouer 15% de leur budget national au secteur de la santé

S'agissant du modèle d'utilisation des soins d'Anderson (Anderson & Newman cité par Bouchard, 2024), il se positionne comme une conceptualisation de l'utilisation des soins de santé se fondant sur trois facteurs généraux. Ces facteurs interagissent pour déterminer l'utilisation des services de santé par les individus. Au nombre de ces facteurs, figurent les caractéristiques sociales à savoir : la religion, l'éducation, l'ethnicité. L'analyse de ces facteurs met en avant le caractère multidimensionnel que revêtent la notion de santé d'une part et de la maladie d'autre part. Cela implique les interactions existantes entre les notions de santé et de la maladie et les facteurs cités en amont dans la gestion des états morbides au sein des communautés. Cette réalité offre ainsi une perspective collaborative, à travers une intégration des croyances des populations en rapport avec la gestion des états morbides au sein de leur communauté dans l'élaboration des politiques publiques de santé.

Conclusion

A la lumière de ce qui précède, il est à noter que le déroulement des activités de la CMU au niveau du district sanitaire de Béoumi se heurte à des difficultés occasionnant un accès difficile des populations aux activités de la CMU. Cette entrave aux activités de la CMU se caractérise par une catégorisation des assurés CMU, partagée entre les fonctionnaires et les personnes indigentes. Cet état de fait est la conséquence d'une politique étatique inadaptée au contexte local d'une part et de la non inclusion des spécificités caractérisant les modèles de protections sociales en santé d'autre part. A cela s'ajoute également, une absence de culture mutualiste dans les habitudes des populations en rapport avec la gestion de la maladie et un fort ancrage des savoirs médicaux locaux chez ces dernières en ce qui concerne leur prise en charge médicale. En examinant les facteurs explicatifs qui rendent le déroulement des activités CMU périlleuse à Béoumi, notre étude se positionne comme une contribution à l'échelle nationale de la mise en place de la politique sociale en terme d'accès aux soins de santé. Par-dessus de cette investigation, c'est toute la gouvernance du secteur sanitaire qui fait l'objet de cette réflexion.

Références bibliographiques

- Bailey, C. (2004). Extension de la couverture de la sécurité sociale en Afrique. International Labour Organization, 24p.
- Bi, N.U.V.S. (2024). Contribution à l'étude de la couverture maladie universelle (CMU) au prisme du droit à la santé en droit social ivoirien. Thèse de doctorat. Université de Bordeaux, 413p.
- Bi, N.U.V.S. (2023). Analyse critique de la mise en œuvre de la couverture maladie universelle (CMU) en Côte d'Ivoire. Revue de droit comparé du travail et de la sécurité sociale, (1), pp 172-175
- Boutaud, A. (2015). L'approche systémique peut-elle aider à appréhender la complexité de l'évaluation des politiques publiques. Millenaire3. Disponible sur www.millenaire3.com/ressources/l-approche-systemisue-peut-elle-aider-a-apprehender-la-complexite-de-l-evaluation-des-politiques-publiques, 10p.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology, 3 (2), pp 77-101
- OMS (2018). Conférence internationale sur les soins de santé primaires, p 12. (En ligne, <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-fr.pdf>).
- Fainzang, S. (2000). La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale, pages 18.
- Friedrich-Ebert-Stiftung, (2023). La protection sociale en côte d'ivoire : revue des dispositifs et perspectives., Ed Saye, J.K, pp 1-20, (En ligne, <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/elfenbeinkueste/20627.pdf>).
- Global Média Santé (2019). « Les tribunes de la santé », Volume 4, N°62, PP 13-20. <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-santé-2019-4-page-13.htm>.
- Japan international cooperation agency. (2022). Enquête de collecte de données sur la politique du secteur de la santé pour la couverture sanitaire universelle des femmes, des enfants et des personnes à faible revenu en Côte d'Ivoire, 104p.
- Ministère de la santé et de l'hygiène publique. (2019). Financement de la santé : Dossier d'investissement 2020-2023, 44p.
- N'da, P. (2015). Recherche et méthodologie en science sociales : Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article, L'Harmattan, 5-7, rue de l'Ecole-Polytechnique, 75005 Paris, 284p.



Nyama, L. (2023). Protection sociale au Cameroun : inadéquation avec le contexte socio-économique actuel, pp 137-147. (En ligne) <https://edition-efua.acaref.net/wp-content/uploads/sites/6/2023/05/Loic-Bertrand-BIANGO-NYAMA.pdf>

OIT (2021). Stratégie régionale de protection sociale en Afrique, 2021-2025 : Vers 40%-un cadre pour l'accélération de la couverture en protection sociale afin d'atteindre les ODD, 38p.

OMS. (2005). Cinquante-huitième assemblée mondiale de la santé, Genève, 31p.

PNUD (2021). Protection sociale et secteur informel dans les pays africains : évaluation prospective des régimes contributifs, 114p.

Sene I. (2020). « Impact des mesures de prévention de la pandémie de la Covid-19 sur les travailleurs du secteur informel au Sénégal » Revue international du chercheur « volume2 : Numero 1 » pp :507-521

Sossa, T. (2010). Couverture, financement et exclusion : L'assurance maladie en Afrique. Finance& Bien Commun, volume2, N° 37-38, pp 94 -103