

DIXIEME NUMERO
DE LA REVUE
AFRICAINNE DES
LETTRES, DES
SCIENCES



KURUKAN FUGA
VOL : 3-N°10 JUIN
2024



ISSN : 1987-1465

Website : <http://revue-kurukanfuga.net>

E-mail : revuekurukanfuga2021@gmail.com

VOL : 3-N°10 JUIN 2024



Bamako, Juin 2024

KURUKAN FUGA

La Revue Africaine des Lettres, des Sciences Humaines et Sociales

ISSN : 1987-1465

E-mail : revuekurukanfuga2021@gmail.com

Website : <http://revue-kurukanfuga.net>

Links of indexation of African Journal Kurukan Fuga

Copernicus	Mir@bel	CrossRef
		
https://journals.indexcopernicus.com/search/details?id=129385&lang=ru	https://reseau-mirabel.info/revue/19507/Kurukan-Fuga	https://doi.org/10.62197/udls

Directeur de Publication

- Prof. MINKAILOU Mohamed (*Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali*)

Rédacteur en Chef

- Prof. COULIBALY Aboubacar Sidiki (*Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali*) -

Rédacteur en Chef Adjoint

- SANGHO Ousmane, **Maitre de Conférences** (*Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali*)

Comité de Rédaction et de Lecture

- SILUE Lèfara, **Maitre de Conférences**, (Félix Houphouët-Boigny Université, Côte d'Ivoire)
- KEITA Fatoumata, **Maitre de Conférences** (*Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako*)
- KONE N'Bégué, **Maitre de Conférences** (*Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako*)
- DIA Mamadou, **Maitre de Conférences** (*Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako*)
- DICKO Bréma Ely, **Maitre de Conférences** (*Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako*)
- TANDJIGORA Fodié, **Maitre de Conférences** (*Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali*)

- *TOURE Boureima, Maitre de Conférences (Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali)*
- *CAMARA Ichaka, Maitre de Conférences (Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali)*
- *OUOLOGUEM Belco, Maitre de Conférences (Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako)*
- *MAIGA Abida Aboubacrine, Maitre-Assistant (Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali)*
- *DIALLO Issa, Maitre de Conférences (Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali)*
- *KONE André, Maitre de Conférences (Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali)*
- *DIARRA Modibo, Maitre de Conférences (Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali)*
- *MAIGA Aboubacar, Maitre de Conférences (Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali)*
- *DEMBELE Afou, Maitre de Conférences (Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali)*
- *Prof. BARAZI Ismaila Zangou (Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali)*
- *Prof. N'GUESSAN Kouadio Germain (Université Félix Houphouët Boigny)*
- *Prof. GUEYE Mamadou (Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako)*
- *Prof. TRAORE Samba (Université Gaston Berger de Saint Louis)*
- *Prof. DEMBELE Mamadou Lamine (Université des Sciences politiques et juridiques de Bamako, Mali)*
- *Prof. CAMARA Bakary, (Université des Sciences politiques et juridiques de Bamako, Mali)*
- *SAMAKE Ahmed, Maitre-Assistant (Université des Sciences politiques et juridiques de Bamako, Mali)*
- *BALLO Abdou, Maitre de Conférences (Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako, Mali)*
- *Prof. FANE Siaka (Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako, Mali)*
- *DIAWARA Hamidou, Maitre de Conférences (Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako, Mali)*
- *TRAORE Hamadoun, Maitre-de Conférences (Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako, Mali)*
- *BORE El Hadji Ousmane Maitre de Conférences (Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako, Mali)*

- KEITA Issa Makan, **Maitre-de Conférences** (*Université des Sciences politiques et juridiques de Bamako, Mali*)
- KODIO Aldiouma, **Maitre de Conférences** (*Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako*)
- Dr SAMAKE Adama (*Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali*)
- Dr ANATE Germaine Kouméalo, CEROCE, Lomé, Togo
- Dr Fernand NOUWLIGBETO, Université d'Abomey-Calavi, Bénin
- Dr GBAGUIDI Célestin, Université d'Abomey-Calavi, Bénin
- Dr NONOA Koku Gnatola, Université du Luxembourg
- Dr SORO, Ngolo Aboudou, Université Alassane Ouattara, Bouaké
- Dr Yacine Badian Kouyaté, Stanford University, USA
- Dr TAMARI Tal, IMAF Instituts des Mondes Africains.

Comité Scientifique

- Prof. AZASU Kwakuvi (*University of Education Winneba, Ghana*)
- Prof. ADEDUN Emmanuel (*University of Lagos, Nigeria*)
- Prof. SAMAKE Macki, (*Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali*)
- Prof. DIALLO Samba (*Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako, Mali*)
- Prof. TRAORE Idrissa Soïba, (*Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali*)
- Prof. J.Y. Sekyi Baidoo (*University of Education Winneba, Ghana*)
- Prof. Mawutor Avoke (*University of Education Winneba, Ghana*)
- Prof. COULIBALY Adama (*Université Félix Houphouët Boigny, RCI*)
- Prof. COULIBALY Daouda (*Université Alassane Ouattara, RCI*)
- Prof. LOUMMOU Khadija (*Université Sidi Mohamed Ben Abdallah de Fès, Maroc.*)
- Prof. LOUMMOU Naima (*Université Sidi Mohamed Ben Abdallah de Fès, Maroc.*)
- Prof. SISSOKO Moussa (*Ecole Normale supérieure de Bamako, Mali*)
- Prof. CAMARA Brahim (*Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako*)
- Prof. KAMARA Oumar (*Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako*)
- Prof. DIENG Gorgui (*Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal*)
- Prof. AROUBOUNA Abdoukadri Idrissa (*Institut Cheick Zayed de Bamako*)
- Prof. John F. Wiredu, University of Ghana, Legon-Accra (Ghana)
- Prof. Akwasi Asabere-Ameyaw, Methodist University College Ghana, Accra
- Prof. Cosmas W.K. Mereku, University of Education, Winneba
- Prof. MEITE Méké, Université Félix Houphouët Boigny

- Prof. KOLAWOLE Raheem, University of Education, Winneba
- Prof. KONE Issiaka, Université Jean Lorougnon Guédé de Daloa
- Prof. ESSIZEWA Essowè Komlan, Université de Lomé, Togo
- Prof. OKRI Pascal Tossou, Université d'Abomey-Calavi, Bénin
- Prof. LEBDAI Benaouda, Le Mans Université, France
- Prof. Mahamadou SIDIBE, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako
- Prof. KAMATE André Banhouman, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan
- Prof. TRAORE Amadou, Université de Segou-Mali
- Prof. BALLO Siaka, (*Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako, Mali*)



TABLE OF CONTENTS

Ibrahim MALAM MAMANE SANI,
PASTORALISME ET CHANGEMENT CLIMATIQUE : COMPRENDRE ET
ANALYSER LES FORMES DE STRATEGIES D'ADAPTATIONS DES PASTEURS
DANS LA COMMUNE RURALE DE GADABEDJI DU NIGERpp. 01 – 15

Parfait MIHINDOU BOUSSOUGOU,
PRATIQUE DE L'ACTIVITE DE TRAVAIL ET SANTE AU TRAVAIL : CAS DE LA
PRODUCTION DU PAIN DE MANIOC CHIKWANGUE PAR LES ARTISANES
PRODUCTRICES DANS LA COMMUNE DE NTOUMpp. 16 – 27

Saliou BONI BIAO, Comlan Julien HADONOU, Jean-Bosco Kpatindé VODOUNOU, Yvette
DOUBOGAN ONIBON,
TRADITIONS LOCALES ET PROTECTION DES FORETS : UNE APPROCHE
COMPAREE ENTRE LES FORETS, SACREE DE SEROU ET CLASSEE DE KILIR
AU NORD-BENINpp. 28 – 44

Moussa SOUGOULE,
ENHANCING SECOND LANGUAGE SPEAKING PROFICIENCY THROUGH
COMMUNICATIVE ACTIVITIES: A COMPARATIVE ANALYSIS OF ROLE-
PLAYING, DISCUSSIONS, INFORMATION GAP, AND GAMESpp. 45 – 57

Jules BALNA, ETAME SONE DIABE, MVEME OLOUGOU Mireille Michée, Apollinaire
ZILHOUBE,
SPIRITUALITE ET GESTION DES RESSOURCES ENVIRONNEMENTALES CHEZ LES
MOFU DES MONTS MANDARA (NORD-CAMEROUN)pp. 58 – 78

Oumar COULIBALY, Moussa dit Martin TESSOUGUE, Mamadou SISSOKO,
VALORISATION DES PRODUITS FORESTIERS NON LIGNEUX : TRANSFORMATION
DE LA NOIX DE KARITE DANS LA COMMUNE RURALE DE SIBY AU MALI . pp. 79 – 92

Sékou KONATE, Bakary KOUROUMA, Mamadou Adama BARRY,
LEARNING DIFFICULTIES IN ACADEMIA: THE CASE OF THE LISTENING COURSE
IN LICENCE1 ENGLISH DEPARTMENT AT UNIVERSITY JULIUS NYERERE OF
KANKANpp. 93 – 102

BILE Assaizo Manboué Parfait,
IMPLICATIONS SOCIO-SANITAIRES LIES A LA CONSOMMATION DE LA DROGUE
“KADHAFI” A ABOBO (COTE D’IVOIRE)..... pp. 103 – 113

Salifou KONE,
REDACTION COLLABORATIVE ET INTERACTION ORALE EN CLASSE DE LANGUE
ETRANGERE EN CONTEXTE HETEROGLOTTE..... pp. 114 – 125

GNAKO Topra Guy-Venance, ATSE Achi Amedée-Pierre,
COUVERTURE MALADIE EN CÔTE D’IVOIRE : LE FOSSÉ ENTRE LA PROPAGANDE
ÉTATIQUE ET LES ATTENTES DES POPULATIONS DANS LA PRISE EN CHARGE
MÉDICALE..... pp. 126 – 138

Kadidiatou BOUARE,
**COUVERTURE MALADIE EN CÔTE D'IVOIRE : LE FOSSÉ ENTRE LA PROPAGANDE
ÉTATIQUE ET LES ATTENTES DES POPULATIONS DANS LA PRISE EN CHARGE
MÉDICALE..... pp. 139 – 151**

Moussa COULIBALY,
**IMPACT DES FORMATIONS SUR LA REDUCTION DU DECES NEONATAL AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE KOUTIALA pp. 152 – 161**

Mahamadou CISSE, Bakary DAGNO, Abdoulaye TOGO,
**GESTION ET PLANIFICATION URBAINE AU MALI : LES DIFFICULTES D'UNE
GESTION MAITRISEE DE L'ESPACE URBAIN A BAMAKO pp. 162 – 170**

Dr Hamadoun Moussa Koita,
**RE-EXPLORING SUNDIATA'S LIFE IN DJIBRIL TAMSIR NIANE'S AN EPIC OF OLD
MALI pp. 171 – 181**



Vol. 3, N°10, pp. 126 – 138, Juin 2024
Copy©right 2024 / licensed under CC BY-NC 4.0
Author(s) retain the copyright of this article
ISSN : 1987-1465
DOI : <https://doi.org/10.62197/EYBL7020>
Indexation : Copernicus, CrossRef, Mir@bel
Email : RevueKurukanFuga2021@gmail.com
Site : <https://revue-kurukanfuga.net>

*La Revue Africaine des
Lettres, des Sciences
Humaines et Sociales
KURUKAN FUGA*

COUVERTURE MALADIE EN CÔTE D'IVOIRE : LE FOSSÉ ENTRE LA PROPAGANDE ÉTATIQUE ET LES ATTENTES DES POPULATIONS DANS LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE

¹*GNAKO Topra Guy-Venance, ²ATSE Achi Amedée-Pierre,*

Université Péléforo Gon Coulibaly de Korhogo

Communication pour le développement

E-mail : gnako.venance@gmail.com

²*Université Péléforo Gon Coulibaly de Korhogo*

Sociologie de la santé

atseamedeepierre@gmail.com

Résumé

Pour permettre un meilleur accès aux soins de santé par les populations, l'Etat de Côte d'Ivoire a fait l'option du système de la mutualité avec la création de la couverture maladie universelle (CMU) gérée par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) en 2014. A partir de 2019, le système de communication étatique s'est mis en branle afin de sensibiliser les populations à l'adoption de ladite CMU. Malgré ses efforts pour rendre effective la CMU, les résultats sont mitigés. Ce travail se propose d'étudier les déterminants de la non adhésion des populations au projet de couverture maladie universelle. Du point de vue méthodologique, nous nous appuyons sur une étude mixte, mobilisant les instruments qualitatif et quantitatif. De façon globale, les résultats de l'étude montrent que les populations apprécient la CMU comme une sorte d'arnaque. En conclusion, nous pouvons dire que la communication à elle seule ne suffit pas pour rendre effective un système de couverture maladie universelle.

Mots clés : Propagande, Santé, CMU, population, couverture maladie.

Abstract

To give people better access to healthcare, the government of Côte d'Ivoire opted for the mutual insurance system with the creation of universal health cover (CMU) managed by the national health insurance fund (CNAM) in 2014. From 2019 onwards, the state communication system has been set in motion to raise awareness among the population of the need to adopt the CMU. Despite these efforts to make the CMU effective, the results have been mixed. The purpose of this study is to examine the factors that determine people's failure to support universal health coverage. From a methodological point of view, we rely on a mixed study, mobilising qualitative and quantitative instruments. Overall, the results of the study show that people see the CMU as a kind of scam. In conclusion, we can say that communication alone is not enough to make a universal health cover system effective.

Key words : Propaganda, Health, CMU, population, health cover.

Cite This Article As : Gnako, T.G.V, Atse, A.A.P., (2024). COUVERTURE MALADIE EN CÔTE D'IVOIRE : LE FOSSÉ ENTRE LA PROPAGANDE ÉTATIQUE ET LES ATTENTES DES POPULATIONS. . Kurukan Fuga, 3(10), 126–138. <https://doi.org/10.62197/EYBL7020>

Introduction

La santé des populations est un indicateur important du développement. Pour cela, la Côte d'Ivoire s'est dotée ; dès 1996 d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) exécutable sur une décennie. Ce PNDS ambitionne de réduire la morbidité et la mortalité liées aux grands problèmes sanitaires par une amélioration de l'accès à des soins de qualité, tant sur le plan économique que géographique (J.P. Sery, 2003, p. 6). Malgré cet important outil de gouvernance sanitaire, l'offre de soin reste en deçà des attentes des citoyens. En effet, seulement 47 % des populations ont accès à un centre de santé (PND 2021-2025, 2021, p. 36). En plus, le rapport « the decent work agenda in Africa 2007-2015 » de l'organisation internationale du travail indique que près de 90 % de la population d'Afrique subsaharienne ne bénéficie d'aucune assurance contre les risques maladies et d'accidents (Théophile Sossa, 2010, p. 95).

Face à ce constat très peu reluisant, l'Etat fait l'option du système de la mutualité avec la création de la couverture maladie universelle (CMU) gérée par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Le principe retenu est une cotisation de 1000FCFA par habitant et par mois soit 12 000 FCFA par an (24 \$ par an). A partir de 2019, le système de communication étatique s'est mis en branle afin de sensibiliser les populations à la cause de la mutualité et d'obtenir leur pleine et massive adhésion. Malgré tous les efforts de l'Etat pour rendre effective la CMU, les résultats sont mitigés : 5 120 000 personnes enrôlées, soit 18,47% de la population estimée de la Côte d'Ivoire en 2022 ; 6 560 000 personnes enrôlées, soit 23,13% de la population estimée de la Côte d'Ivoire en 2023 (psgouv.ci).

Devant ce que l'on pourrait qualifier d'enlisement du processus, l'Etat décide de rendre obligatoire le processus d'enrôlement. En effet, l'une des dernières dispositions réglementaires en date est le décret n°2022-753 du 28 septembre 2022 relatif à la mise en œuvre de l'obligation d'enrôlement à la CMU. Il précise en particulier, que la preuve de l'adhésion à la CMU est obligatoire dans certaines démarches administratives, sociales et académiques (B. N. U. V. Seri, 2023, p. 173).

De tout ce qui précède, nous pouvons dire que la communication à elle seule ne suffit pas pour rendre effective un système de couverture maladie universelle. Il revient d'abord au système de se vendre lui-même par ses prestations, son sérieux et ses résultats sur le terrain. Cette étude a pour objectif d'identifier les déterminants de la non adhésion des populations au projet de couverture maladie universelle. Pour atteindre cet objectif, nous nous sommes posés trois questions : Quels sont les éléments distinctifs de la propagande sur la CMU ? Quelles sont les données sur l'enrôlement des enquêtés ? La CMU répond-elle aux besoins des enquêtés ? La réponse à ces questions permettra d'identifier les déterminants de la non adhésion des populations au projet. Cette recherche est structurée en trois parties. Premièrement le cadre méthodologique, ensuite les résultats de l'étude et enfin la discussion des résultats.

1- Méthodologie

1-1- Milieux de l'étude

Dans le cadre de cette recherche, nous avons identifié deux départements à savoir celui de Korhogo dans le Nord de la Côte d'Ivoire et Grand-Bassam dans le Sud. Le département de Korhogo totalise 12 500 Km² avec une population estimée à 748 393 habitants. Grand-Bassam totalise 1 011 Km² avec une population de 267 103 habitants. Nous avons choisi un

département dans le Nord et un autre au Sud pour nous permettre de faire une comparaison et s'il a lieu d'en tirer des conséquences politiques et sociales.

1-2- Technique de collecte et d'analyse de données

Nous rappelons que l'objectif de la recherche est d'identifier les déterminants de la non adhésion des populations au projet de couverture maladie universelle. Dans cette perspective, nous avons, dans un premier temps, analyser la stratégie de communication mise en œuvre par l'Etat à travers la CNAM. Ensuite, évaluer le taux d'enrôlement des populations dans les communes de Korhogo et de Grand-Bassam et enfin étudier le niveau de satisfaction des populations.

De ce qui précède, nous avons fait l'option d'une étude mixte. C'est-à-dire une étude qui utilise d'une part un instrument quantitatif et d'autre part un instrument qualitatif. Au plan de l'étude quantitative, un questionnaire a été administré aux populations dans les départements de Grand-Bassam et de Korhogo. Pour chaque département nous avons choisi une zone urbaine et une zone rurale. Pour Korhogo, il y a la commune de Korhogo et la sous-préfecture de Sirasso. En ce qui concerne Grand-Bassam, nous avons la commune de Grand-Bassam et la sous-préfecture de Bongo. Nous tenons compte des zones rurales parce qu'elles absorbent 64 % de la population ivoirienne (INS, RGPH 2014). L'étude est faite sur la base d'un échantillonnage à choix raisonné. Le questionnaire a été administré aux personnes dont l'âge varie entre 25 et 64 ans. Pourquoi cette tranche d'âge ? D'abord, le RGPH 2014 montre que 55,7 % de la population ivoirienne est dans la tranche 15-64 ans. Ensuite, c'est dans la tranche d'âge 25-64 ans que nous trouvons la majorité de ceux qui peuvent d'eux même s'acquitter de leur part contributive à l'assurance maladie universelle.

Au plan de l'étude qualitative, nous avons mis en place un guide d'entretien. Ce guide permet de comprendre plusieurs phénomènes : d'abord les causes profondes du manque d'engouement des populations lors de l'opération d'enrôlement. Ensuite analyser la stratégie de communication de la CNAM. Pour cela nous avons interrogé essentiellement des corps constitués dans le département de Korhogo et de Grand-Bassam. Comme échantillon, nous avons interrogé quatre (4) responsables de syndicats, quatre (4) responsables d'association de jeune, quatre (4) responsables d'association de femme, quatre (4) responsables d'association d'artisan, quatre responsables d'association de transporteur. Au total, vingt (20) responsables d'organisation ont été interrogés à partir d'entretien semi-directif.

Du point de vue des techniques d'analyse de données, il a été fait une analyse de contenu des entretiens pour l'étude qualitative et une analyse statistique pour l'étude quantitative. Toutes les analyses ont été faites de façon manuelle sans utilisation de logiciel.

2- Cadre théorique de référence

La présente étude s'inscrit dans la perspective de la théorie de la persuasion. L'on peut définir la persuasion comme un processus ou une méthode utilisée pour exercer une influence sur l'attitude, l'opinion, voir l'action des êtres humains (J. Soumaya, S. Morad, 2013, p. 78). La finalité de la persuasion est de modifier les comportements de façon effective et durable. Dans cet exercice la communication occupe une place essentielle. C'est par la communication, l'échange et les interactions que l'on arrive à persuader. L'on parle alors de la communication persuasive. Les tenants de cette théorie (Petty et Gacioppo) font du message un élément important de la persuasion. L'impact d'un message persuasif est prioritairement déterminé par

la nature des réflexions que les individus génèrent en réaction aux informations qui leur sont présentées (O. Corneille, 1993, p. 584). La persuasion dépend donc de la qualité des arguments mais aussi de la capacité des individus à s'engager dans cette voie (J. Soumaya, S. Morad, 2013, p.80).

La persuasion ici peut être assimilée à la propagande. En effet, dans les deux cas, il s'agit de modifier les attitudes, les croyances mais également les comportements (I. MARKOVÁ, 2007, p.40). Dans cette recherche, nous ne sommes pas dans la perception politique ou sociologique de la propagande, mais plus dans la vision psychologique. C'est-à-dire la propagande comme une sur communication avec pour finalité outil la modification des processus mentaux des citoyens.

Quel est l'intérêt de cette théorie pour l'étude ?

L'Etat en Côte d'Ivoire veut amener les populations à adopter la couverture maladie universelle. Il s'agit donc de persuader les populations à adhérer à la CMU. La théorie sur la persuasion et la communication persuasive permet de comprendre que les messages transmis aux populations doivent être assez persuasives pour modifier les attitudes, combattre les préjugés et les croyances.

3- Résultats de l'étude

3-1- Eléments distinctifs de la propagande sur la CMU

Dans cette analyse, nous entendons la propagande comme une sur-communication. Comme une communication exagérée, qui des fois ne cadre pas avec la réalité tangible du phénomène allégué. En ce qui concerne la communication autour de la CMU, il faut noter que la CNAM a déployé une stratégie qui englobe un mixte de communication. Nous distinguons la communication média et la communication hors média.

Au plan de la communication média. La CNAM a produit des téléfilms, nous en dénombrons deux à savoir la famille Ramba et la minute de la CMU. Le téléfilm la famille Ramba est animé par l'artiste comédien Gohou michel et comprend des épisodes de 2,30 minutes à 4 minutes. Le contenu est fait de sensibilisation à l'enrôlement, de l'identification des lieux d'enrôlement, de la promotion de la carte CMU et des explications sur les prestations. Le téléfilm a été diffusé sur tous les supports médias en Côte d'Ivoire.

Images publicitaires de la CNAM



Source : Direction de la communication de la CNAM.

En plus de la famille Ramba, il y a la minute CMU. Ce téléfilm est animé par Digbeu Cravate qui est également un comédien ivoirien. La minute CMU aborde non seulement les mêmes thématiques que la famille Ramba, mais aussi des mises en scène sur l'importance de la carte CMU. Ce téléfilm était également diffusé sur tous les supports médiatiques. Sur la chaîne de télévision RTI 1 par exemple le film était diffusé avant et après le journal télévisé de 20H qui sont des tranches de grande audience.

Outre ces deux téléfilms, nous avons aussi la communication publicitaire dans les médias. Tous les supports médiatiques ont été sollicités : support affichage, support télé, support radio, support internet avec la mobilisation de community manager.

Images publicitaires de la CNAM.



Source : Direction de la communication de la CNAM.

La CNAM a aussi utilisé ce que l'on pourrait appeler des coups médiatiques afin de faire adhérer les populations à la cause de la CMU. L'une de cette tactique a été la médiatisation de l'enrôlement du président de la république, du premier ministre et de certains membres du gouvernement.

Image de l'enrôlement du président de la république de Côte d'Ivoire



Source : RTI INFO, consulté sur YOUTUBE le 15 Janvier 2024.

Au plan de la communication hors médias : A ce niveau, la CNAM a mobilisé, entre 2019 et 2021, des équipes sur toutes l'étendue du territoire ivoirien afin d'expliquer aux populations, aux groupes sociaux professionnels, aux syndicats et diverses organisations de la société civile l'importance de la CMU dans leur prise en charge sanitaire. Ces équipes d'information, d'éducation et de sensibilisation à la CMU ont parcouru toutes les entités administratives de la Côte d'Ivoire à savoir les régions, les départements, les sous-préfectures et les villages. Les équipes de la CMU ont été épaulé par des missions ministérielles de haut niveau.

Malgré le déploiement de sa stratégie de communication, les résultats obtenus par la CNAM du point de vue du taux d' enrôlement entre 2019 et 2022 sont restés très faible. En effet, lors d'un atelier d'échange avec les journalistes, organisé le 13 septembre 2022, au siège de la CNAM, la directrice de l'affiliation à la caisse nationale d'assurance maladie a donné l'information selon laquelle seulement 3 495 575 personnes, à la date du 31 août 2022 ont été enrôlé, soit 12% de la population totale de la Côte d'Ivoire estimée à 29 389 150 habitants selon les données du Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2021.

Selon les enquêtes que nous avons menées, les raisons du faible taux d' enrôlement des populations vivants en Côte d'Ivoire sont multiples. D'abord, l'écart entre les messages émis et la réalité sur le terrain. Au moment où les messages de la CNAM affirment que la mise en œuvre de la CMU est effective, aucune disposition n'est encore prise dans les centres de santé public et privé pour satisfaire les besoins en couverture maladie des populations.

« Une nuit, mon voisin est venu me réveiller parce que sa femme était en travail. Je les ai donc conduits dans un centre de santé privé non loin. Arrivé sur les lieux, mon voisin à sortir sa carte CMU, mais les gens ont refusé de la prendre. Il était obligé de payer tout le service de sa poche, alors que tous les jours on entend à la télévision que la CMU est effective. » (Propos d'un responsable d'organisation professionnelle)

Ensuite, il y a la question de la communication elle-même. La CNAM s'est beaucoup appuyée sur les médias de masse, c'est-à-dire la radio, la télévision, l'affichage pour expliquer le bien-fondé de la CMU, les offres de soin, la navigation entre les trois niveaux de la pyramide sanitaire afin d'espérer avoir l'adhésion des populations à la politique de couverture maladie universelle. La question est de savoir est-ce que les messages sont bien passés ? est-ce que les populations ont bien compris et bien intégré l'aspect technique de l'assurance maladie. En tout état de cause, quand un individu n'arrive pas à bien cerner les contours d'un phénomène, avoir son adhésion devient problématique.

« La CNAM fait beaucoup de bruit et non de la communication. Communiquer sur une action sociale demande beaucoup de pédagogie surtout une action sociale complexe comme une couverture maladie. Est-ce la CNAM a déjà fait une évaluation de sa communication. Tant que les populations ne seront pas bien informées et bien formées, elles ne vont pas adhérer. Aujourd'hui, il y a beaucoup de flous dans la compréhension des choses. Nous même, responsables syndicaux, n'arrivons pas à bien cerner les choses, imaginez ce qui en ai des masses populaires. » Propos d'un responsable syndical.

L'une des faiblesses identifiées également dans la stratégie de communication de la CNAM est qu'elle n'a pas formé des relais de communication afin d'accroître la sensibilisation et mieux informer les populations. Il est bon de faire des campagnes d'information à travers les régions et les départements, mais cela reste des actions ponctuelles. En plus des campagnes, certains enquêtés ont trouvé mieux de former des leaders communautaires et des agents de santé en communication afin que ces derniers puissent garder allumée la flamme de la sensibilisation.

En effet, après le passage de la campagne, il n'y avait de lieu où se faire expliquer les aspects techniques de la couverture maladie universelle.

3-2- Données relatives à l'enrôlement des enquêtés

Les enquêtes relatives à l'enrôlement des populations dans les départements de Grand-Bassam et de Korhogo donnent les résultats suivant :

- Département de Grand-Bassam

	Commune de Grand-Bassam	Sous-Préfecture De Bongo	Total	%
Oui	42	12	54	18 %
Non	158	88	246	82 %
Total	200	100	300	100 %

- Département de Korhogo

	Commune de Korhogo	Sous-Préfecture Sirasso	Total	%
Oui	51	9	60	20 %
Non	149	91	240	80 %
Total	200	100	300	100 %

L'analyse des résultats montre que le taux d'enrôlement des citoyens reste faible dans les deux départements. Dans le département de Grand-Bassam le taux est légèrement moins élevé que celui de Korhogo, 18 % contre 20 %.

Les entretiens effectués donnent des pistes d'explication. Un enquêté explique qu'au début de l'opération, les centres d'enrôlement étaient éloignés des populations. Dans certaines localités, il fallait se rendre dans le chef-lieu de département pour se faire enrôler. Cela a constitué un véritable frein. En plus, il faut noter la lenteur dans la délivrance des cartes.

« Quand ton voisin s'est fait enrôlé et depuis plus d'un an il n'a pas encore reçu sa carte, tu te dis à quoi bon de me fatiguer. Moi, ça été mon cas. Maintenant que c'est obligatoire, on va faire et voir ce que ça va donner. » Propos d'un artisan à Grand-Bassam.

Une autre raison avancée est l'utilité de la carte. Nous l'avons mentionné plus haut, au moment où les opérations d'enrôlement ont été lancées, aucune disposition ou aucun mécanisme n'était encore prévu pour recevoir les assurés dans les centres de santé. Sûrement que les premiers assurés ont fait une mauvaise publicité sur la couverture maladie universelle. Du coup, il y avait un décalage net entre la propagande qui se faisait dans les médias et la réalité sur le terrain.

Face au faible taux d'enrôlement, l'Etat de Côte d'Ivoire était obligé de prendre un décret pour rendre, non seulement l'opération obligatoire, mais également de conditionner certains actes de la vie courante par la présentation de sa carte CMU. Comme acte nous pouvons citer : l'inscription dans les écoles et les universités, présentation d'un concours et bien d'autres actes.

Période d'enrôlement

- Département de Grand-Bassam

	Commune de Grand-Bassam	Sous-Préfecture De Bongo	Total	%
2019-2021	15	3	18	33,33
2022-2024	27	9	36	66,66
Total	42	12	54	99,99

- Département de Korhogo

	Commune de Korhogo	Sous-Préfecture Sirasso	Total	%
2019-2021	19	3	22	36, 66%
2022-2024	32	6	38	63, 33 %
Total	51	9	60	100 %

Les données montrent que la grande majorité des enquêtés s'est faite enrôlée entre 2022 et 2024. Au niveau de Korhogo, nous avons 63 % et pour Grand-Bassam 66%. Par ces chiffres, nous pouvons dire que le décret portant obligation de CMU a porté ses fruits. Les populations se sont déplacées massivement dans les centre d'enrôlement. En plus, la CNAM a multiplié les centres d'enrôlement afin de faciliter la tâche aux populations.

La question que l'on se pose est la suivante : les populations se sont-elles déplacées par adhésion à la politique de couverture maladie universelle ou par contrainte ? La réponse est moins sûr. En effet, la majorité des enquêtés dit s'être déplacée dans les centres d'enrôlement dans l'espoir d'avoir la carte CMU et évité tout désagrément avec l'administration. De ce qui précède, nous pouvons dire que les populations ne cherchent pas la carte CMU pour répondre à un besoin sanitaire mais plutôt se mettre à l'abri d'un conflit avec l'administration.

« Moi sincèrement, je me suis faite enrôlée pour ne pas que mon fils ait des problèmes. Il est en classe de terminale, il doit faire le BAC. S'il n'a pas sa carte CMU, il ne pourra pas s'inscrire. On dit, il faut que l'un des parents s'enrôle avant que l'enfant ne le fasse, donc mon mari m'a demandé de faire. »

De nombreux enquêtés, comme cette dame, évoquent diverses raisons autres que des raisons sanitaires. Pour certains, c'est dans la perspective de passer un concours administratif ou professionnel, pour d'autre c'est de pouvoir faire la carte nationale d'identité.

3-3- Données relatives aux prestations des enquêtés

La question que nous avons posée est la suivante : Avez-vous une fois bénéficié des prestations de la CMU ?

- Département de Grand-Bassam

	Commune de Grand-Bassam	Sous-Préfecture De Bongo	Total	%
Oui	8	0	8	14, 81 %
Non	34	12	46	85, 18 %
Total	42	12	54	99,99

- Département de Korhogo

	Commune de Korhogo	Sous-Préfecture De Sirasso	Total	%
Oui	13	1	14	23,33
Non	38	8	46	76,66
Total	51	9	60	99,99

L'analyse des deux tableaux montre que le pourcentage des personnes qui ont bénéficié des prestations dans le département de Korhogo (23,33 %), est supérieur à ceux de Grand-Bassam. Il faut dire que Korhogo dispose d'un CHR (Centre Hospitalier Régional) contrairement à Grand-Bassam dont le plus grand centre de santé est un hôpital général. Les CHR ont un plateau technique et une offre de soin plus importante que les hôpitaux généraux. Dans l'ensemble le pourcentage de ceux qui ont bénéficié des prestations de la CMU reste faible. Il faut préciser que parmi ceux qui se sont fait enrôlés, les cartes de certains n'étaient pas encore disponible. Ils ne disposaient que d'un récépissé comme preuve de leur enrôlement. Cette catégorie ne pouvait pas encore bénéficier des prestations de la CMU. Dans la catégorie des enrôlés qui ne disposent encore de leur carte CMU, certains attendent depuis huit mois, d'autres six mois, d'autres encore depuis trois mois.

Au niveau qualitatif, les enquêtés interviewés, nous ont donné leur expérience de prestation. Ce dont la grande majorité a bénéficié, c'est la consultation. Les assurés ont déboursé 500 FCFA au lieu de 2 000 FCFA. Certains ont bénéficié de médicament, mais les médicaments disponibles à la pharmacie de l'hôpital qui généralement sont des produits génériques distribués par la PSP (Pharmacie de la Santé Publique). Aucun n'a bénéficié de médicament dans les officines privées où l'on trouve les médicaments de spécialité.

Des enquêtés ont également partagé des expériences désolantes. L'un d'entre eux explique que :

« Pour respecter le circuit de soin, je suis allé dans un dispensaire. J'ai effectivement bénéficié de la consultation. Le médecin m'a donné un bulletin d'examen à faire à l'hôpital général parce que le centre ne dispose pas de laboratoire. Un fois là-bas, je présente ma carte CMU afin de bénéficier des prestations relatives aux examens médicaux. L'agent me dit, comme je n'ai pas fait la consultation chez alors je ne peux pas bénéficier de la CMU. J'étais obligé de payer de ma poche. »

Ce sont des situations qui créent beaucoup de désagréments aux assurés. Le plus récurrent est la non disponibilité des médicaments. Comme le disait un assuré : « *comme s'ils s'étaient passés le mot, dès qu'il voit la carte CMU, tu entends il n'y a pas de médicament* ». Pour les plus chanceux, sur trois ou quatre médicaments prescrits, seulement un seul est disponible.

Les plus critiques sont ceux qui avaient déjà une assurance qui fonctionnait bien et que l'Etat a arrimé à la CMU. Il s'agit notamment des fonctionnaires et agents de l'Etat qui estiment que l'arrimage leur cause beaucoup de désagrément.

« Nous avons protesté contre l'arrimage de la CMU à la MUGEFCI. Depuis le démarrage de la réforme, nous constatons tous que le confort de soin des fonctionnaires s'est considérablement dégradé. La CMU nous fait plus de mal que de bien. Ce que nous demandons à l'Etat, c'est de s'occuper d'abord de ceux qui n'ont aucune prise en charge et ce sont les plus nombreux dans la société ». (Propos d'un responsable régional de la MUGEFCI)

Au terme de cette analyse, il faut noter que les prestations de la CMU ne répondent pas entièrement aux attentes des populations.

4- Discussion des résultats

Dans cette partie, nous allons confronter nos résultats à des données théoriques afin de les discuter. Elle est articulée essentiellement en deux points. D'abord, la place de la communication dans l'adhésion des populations aux programmes de mutuelle de santé. Ensuite, relever des éléments de critique sur la stratégie de communication de la CNAM.

4-1- La place de la communication dans l'adhésion des populations aux programmes gouvernementaux.

L'information et la communication sont des éléments essentiels dans l'aboutissement des programmes gouvernementaux. Surtout les programmes où l'on a besoin de l'adhésion des bénéficiaires. Il ne s'agit pas de communiquer pour communiquer. Il faut savoir adopter les bonnes stratégies. Savoir choisir les canaux adaptés. Dans le cadre de la couverture maladie universelle en Côte d'Ivoire, la CNAM a fait un tapage médiatique, mobilisant la grande majorité des médias, tant publics que privés. Les résultats du point de vue de l'adhésion des populations restent en deçà des espérances du gouvernement. Les données de la présente étude le montrent si bien.

La CNAM fait un bilan de 3 495 575 enrôlés sur une population de 29 million soit un taux de 12 % au 31 Aout 2022. L'enquête quantitative que nous avons menée donne un taux de 20 % dans le département de Korhogo et 18 % dans le département de Grand-Bassam au 29 Février 2024. Pour un programme dont le lancement a été fait en 2014, l'on peut dire que le taux d'adhésion reste faible et même très faible. Le cas ivoirien n'est pas une situation isolée. En effet, dans la pratique, les mutuelles de santé connaissent de nombreuses difficultés. L'un des constats que l'on peut tirer de l'observation des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest, c'est que les niveaux d'adhésion restent faibles (B. Fonteneau, 2007, p. 4)

Dans une étude menée par I. Seck et al (2017, p. 108), les auteurs ont identifié le manque d'information comme le premier motif de la non adhésion des populations aux mutuelles de santé. Selon eux, de nombreuses études ont démontré que la faible compréhension et connaissance des concepts et principes qui sous-tendent les dispositifs d'assurance maladie sont les principales raisons de la faible adhésion aux mutuelle de santé. Outre cette étude, il ressort dans les travaux de D. P. R. Vigan-Medji (2017, p. 22) que les principaux obstacles à l'adhésion aux mutuelles dans certains pays comme le Bénin, le Cameroun ou l'Ouganda étaient liés au manque d'information de la population sur les régimes d'assurance maladie, au caractère volontaire de l'adhésion, à la faible capacité économique des ménages avec des modalités d'adhésion non avantageuses.

De ce qui précède, pour mettre en œuvre des programmes d'assurance maladie, il faut l'accompagner d'une stratégie de communication bien pensée. Il ne s'agit pas de faire beaucoup de bruit dans les médias de masse. Il faut plutôt opter pour une communication de proximité avec un plus grand partage d'informations et de connaissances. De ce point de vue, il faut privilégier l'approche de communication communautaire (ONUSIDA, 2001, p. 92). L'avantage est que au sein de la communauté émergent des leaders qui par leur sagesse, leur expérience, leur dynamisme, leurs actions, leur disponibilité ou leur charisme font l'unanimité autour d'eux.

Ils sont donc écoutés et leurs opinions sont respectées et suivies. Les leaders communautaires exercent donc indéniablement une influence sur la population. Ils sont incontournables lorsqu'il s'agit de proposer à la population un changement de comportement (M. D. Bougairé-Zangréyanogho, 2004, p. 44). Dans la communication de proximité, les relais d'information utilisent les langues du terroir pour mieux exercer leur influence et faire passer le message.

4-2- Éléments de critique sur la stratégie de communication de la CNAM.

Pourquoi parlons-nous de propagande dans cette étude ? Lorsque nous comparons l'énergie communicationnelle déployée pour la couverture maladie universelle en Côte d'Ivoire par la CNAM et les résultats obtenus du point de vue de l'adhésion des populations, il y a un réel gap. Une sur communication sans résultats probant pourrait être qualifiée de propagande. Une communication sans prise sur le réel qu'il doit impacter apparaît comme une propagande (O. Chantraine, 2001, p. 6). La stratégie de communication de la CNAM n'a pas atteint le changement social souhaité. La raison principale est qu'elle n'a pas utilisé les outils propres à la communication pour le changement social.

Au sens large, le changement social sera conçu comme synonyme d'évolution sociale (J. Chévalier, 2005, p. 383). La CMU est effectivement une évolution pour la société ivoirienne. Elle permet aux citoyens d'avoir un meilleur accès aux soins de santé. L'objectif de toute politique publique est de maintenir les équilibres sociaux. Dans le cas de la CMU, c'est de donner la possibilité à tous les habitants d'avoir une égale chance face à la couverture du risque maladie. Tout changement social s'accompagne par l'élaboration d'une stratégie de communication adaptée et à propos. La communication pour le changement social met l'accent sur le dialogue en tant qu'élément essentiel aux fins du changement souhaité (ONU, 2010, p. 7). Cette forme de communication recourt à des approches fondées sur la participation et la concertation. Les bénéficiaires de la politique publique doivent être des acteurs essentiels du changement.

C'est justement cette approche de communication fondée sur la dialogue, la participation et l'horizontalité qui a manqué à la stratégie de la CNAM. La décision d'arrimage, par exemple, de la MUGEFCI à la CMU a été pratiquement prise de façon unilatérale, à la limite contre la volonté des assurés. Une telle démarche, dans un contexte de changement social, peut être un facteur de faible adhésion à la politique publique.

En plus, il faut noter que la communication, à elle seule, ne peut pas résoudre toute la problématique de l'adhésion des populations à la politique de couverture maladie universelle. La mutuelle elle-même doit pouvoir se vendre par ses actions et ses prestations. Certains individus préfèrent attendre pour voir comment fonctionne la mutuelle avant d'y adhérer (B. Fonteneau, 2007, p. 4). Dans cette perspective, l'offre de soin, les modalités d'accès aux services, l'insatisfaction liées aux structures de soins, deviennent des variables importantes pour l'adhésion des populations. Une défaillance au niveau de ces variables peut être un facteur de non adhésion des bénéficiaires. Les résultats de la présente étude montrent que la CNAM a été confrontée à cette problématique. Ce sont des éléments qui portent un coup à la communication que l'on déploie.

Conclusion

Cet article a traité le sujet suivant : « Couverture maladie en Côte d'Ivoire : le fossé entre la propagande étatique et les attentes des populations dans la prise en charge médicale ». L'objectif principal de l'étude a été d'identifier les déterminants de la non adhésion des populations au projet de couverture maladie universelle. Dans cette perspective, il a été fait l'option d'une recherche mixte, c'est-à-dire une recherche qui a utilisé à la fois un instrument quantitatif et qualitatif. Il ressort de l'étude que le principal déterminant de la non adhésion des populations à la politique de couverture maladie est la communication. La CNAM a axé sa stratégie de communication sur la propagande dans les médias de masse. Malgré tous les efforts communicationnels de la CNAM, le processus tend à s'enliser car le taux d' enrôlement des populations reste encore faible. Cela conduit à cette interrogation : la communication à elle seule peut-elle persuader les populations à adhérer à un système de couverture maladie ?

Références bibliographiques

Bénédicte FONTENEAU, 2007, « Protection sociale en Afrique : contribution de l'économie sociale et enjeux politiques », *Acte de colloque, 7ème rencontre du RIUESS, Rennes*, 24 et 25 mai 2007, 11 pages.

Bi Neatien Urbain Victorien SERI, 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*, p. 172-175.

Doreen Peggy Rose VIGAN-MEDJI, 2017, *Analyse de l'implantation du régime d'assurance maladie universelle (RAMU) au Bénin : obstacles et facteurs facilitants*, Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise (MSc) en administration des services de santé Option évaluation des services, organisations et systèmes de santé, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, Département de Gestion Évaluation et de Politique de Santé (DGEPS), École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM)
file:///C:/Users/HP%20640/Downloads/Vigan_Medji_Doreen_2017_memoire.pdf

Ibrahima SECK, Oumar SAGNA, Mamadou Makhtar LEYE, Anta Tal DIA, 2017, « Déterminants de l'adhésion et de la fidélisation aux mutuelles de santé dans la région de Ziguinchor (Sénégal) », Dans *Santé Publique 2017/1 (Vol. 29)*, p. 105-114.

Ivana MARKOVA, 2007, « Persuasion et propagande », *Diogène*, n° 217, p. 39-57.

Jabour SOUMAYA, Sbiti MORAD, 2013, « L'impact des théories de persuasion sur le comportement à risque », *Revue Marocaine de Recherche en Management et Marketing N°8*, p. 75-88.

Jean Pierre SERY, 2003, *Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique, Rapport de la Côte d'Ivoire, Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique*, Dakar, 26 pages.

Julien CHEVALLIER, 2005, « Politique publique et changement social », *Revue Française d'administration publique Vol 3, No 115*, p. 383-390. <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2005-3-page-383.htm&wt.src=pdf>

Marie Danielle BOUGAÏRE-ZANGREYANOGHO, 2004, *L'approche communicative des campagnes de sensibilisation en santé publique au Burkina Faso : les cas de la planification familiale, du sida et de l'excision*, Thèse de doctorat, University of Groningen, 257 pages <https://pure.rug.nl/ws/portalfiles/portal/9796208/thesis.pdf>

Olivier CHANTRAINE, 2001, « Le « carnet de santé 1996 » : autopsie d'un support de communication mort-né », *Etude de communication*, No23, p. 51-68.

Olivier CORNEILLE, 1993, « Une synthèse critique du modèle de probabilité d'élaboration », *L'année psychologique*, 1993 vol. 93, n°4, pp. 583-602.

ONU, 2010, *La communication pour le développement : Accroître l'efficacité des Nations Unies*, Rapport, 134 pages.

ONUSIDA, 2001, *Le Sida parlons-en. Guide de développement des messages sur les IST/VIH/SIDA*, Abidjan. 114 pages.

PND 2021-2025, *Tome 1, Diagnostic stratégique*, 189 pages.

Théophile SOSSA, 2010, « Couverture, financement et exclusion : l'assurance maladie en Afrique », *Finance & Bien Commun* 2010/2 (N o 37-38), p. 94 -103, Éditions De Boeck Supérieur.

