Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 16 February 2026
Accepted, 12 May 2026
Published, 28 May 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Kouame, K. G. (2026). Perceptions et comportements des populations de Béoumi (Côte d'Ivoire) face à l'implémentation de la couverture maladie universelle. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.44-63.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.4

Research

Perceptions et comportements des populations de Béoumi (Côte d'Ivoire) face à l'implémentation de la couverture maladie universelle

Perceptions and behaviors of the populations of Béoumi (Côte d'Ivoire) towards the implementation of Universal Health Coverage

KOUAME Konan Gauthier

Groupe de Recherche Pluridisciplinaire en Politique Sociale et Système de santé (Département d'Anthropologie et de Sociologie), Université Alassane Ouattara,
Correspondance : Email : kouamegauthier01@gmail.com; Tel : + 225 0757854455

Résumé

Les systèmes de paiement anticipé pour la couverture des risques sanitaires ont longtemps été l'apanage des fonctionnaires, des agents de l'État et d'autres travailleurs du secteur privé formel sous nos tropiques. Laissant ainsi à la marge une grande partie de la population active de l'économie informelle. Depuis plus de deux décennies, une attention accrue s'est portée sur ce type d'offre de soins de santé auprès de l'ensemble des populations des pays en développement. La Côte d'ivoire a défini un cadre réglementaire et institutionnel en vue d'entendre cette politique novatrice d'accès aux soins de santé au bénéfice de sa population depuis Mars 2014. Cette étude visait à comprendre les perceptions et les comportements des populations de Béoumi à l'égard de cette politique innovante d'accès aux soins. Pour ce faire, une enquête mixte a été menée dans trois aires sanitaires du district sanitaire de Béoumi. La recherche documentaire, des entretiens semi-directifs avec les populations de ces localités, ainsi que l'administration d'un questionnaire ont été mobilisées pour mener l'investigation. Les résultats indiquent une acceptation globale de la CMU par les populations, en dépit de l'absence de culture mutualiste chez ces dernières. Ainsi que des comportements liés à une incompréhension du principe assurantiel chez celles-ci.

Mots clés : CMU, Accès aux soins de santé, Mutualisation des risques, secteur informel, culture mutualiste.

Abstract

For a long time, prepaid health insurance systems were the exclusive domain of civil servants, government employees, and other formal private-sector workers in our part of the world. This left a large portion of the population working in the informal economy on the margins. For more than two decades now, there has been a growing focus on extending this type of healthcare offering to the entire population in developing countries. Côte d'Ivoire has established a

regulatory and institutional framework to extend this innovative health care access policy to its population since March 2014. This study aimed to understand the perceptions and behaviors of the people of Béoumi regarding this innovative healthcare access policy. A qualitative survey was conducted in three health areas of the Béoumi health district. Documentary research and semi-structured interviews with the populations of this locality as well as the administration of a questionnaire were used to investigate. The results indicate a global acceptance of the Universal Health Coverage (UHC) project by the population, contrasting with a lack of mutualist culture among them, as well as behaviors linked to a misunderstanding of insurance principle.

Key words: Universal Health Coverage (UHC)**,** Access to Healthcare, Risk pooling, informal sector, Mutualist culture.

1. Introduction

L'avènement de l'assurance maladie au sein des pays en développement s'inscrit dans un processus historique et continu. La plupart des systèmes de protection sociale en Afrique sont un legs de la colonisation. Conçus pour les travailleurs du secteur public (Fonteneaun, 2007) au début des indépendances, ces systèmes ont été étendus aux travailleurs du secteur privé formel les décennies suivantes (Otoo, et al., 2014).

En effet, la protection sociale a longtemps été marginalisée en Afrique pour son coût ; cependant, elle a retrouvé un regain d'intérêt après avoir été reconnue comme un outil privilégié pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) (Merrien, 2013). En contexte africain, selon la Banque Africaine de Développement (2021) pour que les services de santé soient abordables et accessibles y compris aux communautés les plus pauvres. Les pays africains devront investir dans l'assurance maladie. L'assurance maladie apparait comme un levier clé sur le continent africain pour promouvoir l'accès inclusif aux services de santé.

Nonobstant, la plus-value que représente l'extension des mécanismes de prépaiement dans les pays du Sud, certaines réalités propres au contexte africain enrayent quelque peu cette volonté des pouvoirs publics africains de bâtir des systèmes de santé durables et inclusifs. Il s'agit notamment de l'enjeu du financement de l'assurance maladie, qui s'appuie principalement sur les ressources publiques d'origine fiscale, sur les prélèvements sociaux des assurés et des aides extérieures. A ce sujet Fahd Azaraoual (2022), souligne la vulnérabilité des économies africaines du fait de leur forte dépendance de l'exportation des matières premières sur le marché mondial. Cet état de fait compromet la soutenabilité des régimes assurantiels par les Etats africains à partir des dividendes perçus sur ces transactions commerciales.

En Côte d'Ivoire, la mise en place de cette politique sanitaire en vue de renforcer l'accès aux soins de santé des populations a été instituée en Mars 2014. Le pays a défini un cadre réglementaire et institutionnel portant sur la création et l'organisation de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) (Séri Bi, 2023). Dans cette dynamique, l'État ivoirien à travers le Plan de Développement National (PND) 2021-2025 et le Plan National de Développement

Sanitaire (PNDS) 2021-2025 ambitionne atteindre une couverture sanitaire pour l'ensemble de sa population conformément à l'ODD 3 (Ministère de la santé, 2021).

Ainsi, cette ambition des pouvoirs publics s'est matérialisée à travers un démarrage effectif des activités de la couverture maladie universelle en octobre 2019. Au niveau du district sanitaire de Béoumi où nous avons conduit cette étude, lesdites activités ont débuté par une phase pilote regroupant quatre structures de soin. Cependant, malgré toutes ces mesures politico-institutionnelles les activités de ce mécanisme assurantiel rencontrent une sous-utilisation par les populations de cette localité (Kouame et al., 2025). Le concept maladie en tant que potentiel risque à couvrir mis en avant dans cette dynamique institutionnelle se retrouve être soumis à une diversité d'approches tant au niveau étiologique que thérapeutique en contexte africain.

A cet effet, Fainzang (2000) souligne que la maladie en tant qu'évènement malheureux affectant à la fois l'individu et le groupe est génératrice de pratique qui déborde le champ strictement médical. Cette situation est la caractéristique de la société ivoirienne, où la prédominance des usages médicaux locaux dans la prise en charge des états morbides au sein des communautés n'est plus à démontrer. Cette pratique est de plus en plus sollicitée par les populations notamment pour son coût relativement accessible. Selon l'OMS, 80% de la population mondiale utilisent la médecine traditionnelle (Organisation Mondiale de le Santé, 2001, cité par Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, 2014).

En outre, une certaine légitimation de ces pratiques médicales est mise en place par le législateur 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, 2014). Dans un tel contexte, marqué par l'usage des savoirs médicaux locaux dans la prise en charge des morbidités par les populations, d'une part, et par la légitimation de ces pratiques par les pouvoirs publics, d'autre part, il nous apparaît judicieux de nous interroger sur l'avènement de la couverture maladie universelle dans le district de Béoumi. Des interrogations découlent de cette réflexion, à savoir :

- Quels sont les déterminants socioculturels de la mise en œuvre des activités de la CMU à Béoumi ?
- Comment les populations de Béoumi perçoivent-elles l'avènement de la CMU dans leur localité ?
- Comment se comportent-elles quant à la mise en place de la CMU ?

Cette étude vise à documenter les perceptions et les comportements des populations de Béoumi à l'égard de la mise en place de la CMU dans leur localité. L'objectif est de mettre en lumière les déterminants de la mise en œuvre des activités de la CMU, afin d'adapter les stratégies nationales d'appropriation de l'assurance maladie par les populations.

2. Matériels et méthodes

2.1 Site de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans le département de Béoumi, situé au centre de la Côte d'Ivoire. Béoumi est situé dans la région de GBEKE à 54 Km du chef-lieu de région qui est Bouake, à 117 Km de Yamoussoukro capitale politique et à 352 Km d'Abidjan capitale économique de la Côte d'Ivoire. De façon spécifique notre étude, s'est déroulée dans les localités dudit département qui offrent déjà les prestations de la couverture maladie universelle. Ce sont : la

ville de Béoumi, les sous-préfectures d'Ando-Kékrénou et Bodokro, ainsi que les structures sanitaires de ces différentes localités. Le choix de ces localités pour cette étude, se justifie par le fait qu'elles ont été choisies pour la phase pilote des activités CMU dans le district sanitaire de Béoumi. Par ailleurs, ces trois localités constituent de loin des zones abritant le plus grand nombre de personnel administratif. À savoir : une forte concentration de fonctionnaires et agents de l'Etat, car ces localités disposent de la quasi-totalité des services sociaux de base (Mairie, service de sécurité, Santé, Education, centre social), le tout associé à une importante activité économique.

2.2 Type d'étude et période de l'étude

Cette étude est de type exploratoire et descriptive, elle a été menée entre Mars 2024 et Janvier 2025.

2.3 Population d'étude et sélection des participants

Les unités d'observations de cette étude sont constituées autour de quatre entités. Ce sont les agents CMU, le personnel de santé, les thérapeutes traditionnels, ainsi que les populations des zones étudiées. Cette étude s'inscrit dans une approche mixte, c'est-à-dire elle allie les méthodes qualitatives et quantitatives. Elle vise à explorer les dynamiques socioculturelles concernant la mise en œuvre de l'assurance maladie chez les populations de Béoumi. Seules les personnes âgées de 18 ans et plus, résidant de façon permanente sur les sites d'enquête, ont été incluses dans l'étude.

Concernant l'approche qualitative, nous avons eu recours à l'échantillon par choix raisonné. Pour N'da (2015), l'échantillon par choix raisonné repose sur le jugement du chercheur qui fait le tri des cas à inclure dans l'échantillon répondant de façon satisfaisante à sa recherche. Cette technique a facilité la sélection des personnes-ressources dont l'expertise et l'expérience en lien avec l'objet d'étude garantissaient la qualité et l'exhaustivité des informations recueillies. Ce sont les agents CMU, le personnel de santé, et les thérapeutes traditionnels. Ainsi 06 thérapeutes ont été interrogés en raison de deux par aires sanitaires, un agent CMU par aire de santé, ainsi que deux personnels de santé par structure de soin.

S'agissant de la méthode quantitative, la détermination de l'échantillon a été obtenue en utilisant la formule de (Cochran, 1977) pour une population infinie à savoir :

$n = (Z^2 * p * (1 - p))/e^2$.

- n : taille de l'échantillon
- z : correspondant au niveau de confiance choisi avec 95% (1,96)
- p : proportion estimée de la population cible composée des trois secteurs d'activités (travailleurs publics et privés, paysans, secteurs informels). 0,5
- e : marge d'erreur tolérée. Notre marge d'erreur a été fixée 6,2%.

Les contraintes budgétaires nous ont conduits à limiter l'échantillon à 250 personnes, ce qui implique une marge d'erreur à 6,2%.

$$n \begin{cases} 1{,}96^2 \times 0.5 \times 0.5 / 0{,}062^2 \\ 3.8416 \times 0{,}25 / 0.062^2 \\ 0.9604 / 0.0038446 \end{cases} = 249.84$$

Sur cette base, notre échantillon est de 249, 84 soit 250 enquêtés.

Le choix des personnes à interroger s'est fait au moyen d'un échantillon aléatoire. Cette technique est dite non probabiliste parce qu'elle permet au chercheur de choisir les enquêtés sur la base de ceux qui se présentent à lui. Au total, 250 personnes issues des différents secteurs d'activité de nos sites d'étude ont été interrogées. Le tableau ci-après présente le récapitulatif des personnes interrogées par secteur d'activité.

Tableau 1: Récapitulatif de l'échantillon quantitatif

Catégories d'acteurs	Nombre de personnes à interroger	Total
Sous-groupe 1 (Travailleurs secteurs publics et privés formels)	*100*	250
Sous-groupe 2 (Travailleurs secteurs informels)	100	
Sous-groupes 3 (Les paysans)	50	

Source : notre étude 2024

2.4 Collectes des données

La recherche documentaire, l'entretien semi-directif, et l'administration d'un questionnaire ont été mobilisés comme techniques d'investigation 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. Avec comme objectif, 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 individuels, 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 de la CMU. Sur le plan opérationnel, la durée des entretiens variait entre 30 et 45 minutes pour la plupart. La collecte des données s'est appuyée sur un bloc-notes et un enregistreur de téléphone portable. Les entretiens ont été interrompus lorsque les données recueillies sont devenues redondantes, témoignant ainsi le seuil de saturation des données.

Ces entretiens nous ont permis de cerner la gestion des états morbides au sein des communautés locales, ainsi que la compréhension de la notion de la prévoyance du risque maladie par ces dernières. Ils visaient la compréhension de la mise en œuvre de la CMU dans un contexte marqué par une gestion de la maladie offrant une multitude d'approche thérapeutiques.

Enfin, l'administration du questionnaire nous a permis de quantifier les perceptions des populations relatives à la mise en place de la CMU, d'appréhender leurs rapports globaux avec la mutualité, les questions de prévoyance du risque maladie, ainsi que l'existence des canaux thérapeutiques liés à la gestion des états morbides.

2.5 Traitement et analyse des données

L'analyse des données qualitatives s'est faite après la codification des entretiens et la saisie des données recueillies sur le terrain. Ainsi, cette analyse a suivi l'approche thématique selon les

principes de (Braun et Clarke, 2006), combinant un codage ouvert, une catégorisation progressive et la structuration des données suivant nos objectifs de recherche.

Les données quantitatives collectées pendant la phase de terrain ont été également analysées afin d'en tirer le maximum d'informations. Pour ce faire, nous avons fait usage de l'analyse assistée par ordinateur. La codification du questionnaire et la saisie des données au moyen du logiciel Sphinx, nous ont permis également de faire de la statistique descriptive en confectionnant des tableaux et des diagrammes pour assurer une meilleure visibilité des résultats

2.6 Considérations éthiques et administratives

En termes ce considération éthique, l'ensemble des principes de la recherche qualitative ont été respectés. Notamment, les autorisations de recherche émanant de la préfecture de Béoumi (Avis N°054/PFBMI/SG). Un consentement préalable a été demandé et obtenu auprès de nos enquêtés. Tous les enquêtés ont consentis à participer à cette étude et ont été informés de leur droit de se retirer à tout moment. Leur anonymat a été respecté à travers l'attribution de pseudonyme.

2.7 Limites de l'étude

Cette étude présente quelques biais méthodologiques. La taille de l'échantillon, ainsi que l'approche qualitative ne sauront permettre une certaine généralisation de ces résultats à l'échelle nationale. Par ailleurs, cette étude étant de type exploratoire et descriptif n'a fait qu'aborder un pan de la problématique liée à la mise en œuvre à grande échelle des régimes assurantiels à travers les pays du Sud. Des perspectives de recherches futures pourraient être envisagées.

3 Théorie d'analyse des données

La théorie du choix raisonné a été mobilisée pour cette étude. Selon Boudon (2004), la théorie du choix rationnel est une variante de l'individualisme méthodologique et se base sur trois postulats. Ainsi, pour l'auteur le postulat de la rationalité part du principe que l'acteur adhère à une croyance, ou entreprend une action parce qu'elle a du sens pour lui. Autrement dit, la cause principale des actions, des croyances de l'acteur réside dans le sens qu'il leur donne plus précisément dans les raisons qu'il a de les adopter.

L'intérêt de la théorie du choix raisonné dans cette étude se justifie par le fait qu'il met l'acteur (les populations) au centre de la bonne marche des activités de la CMU. En effet, cette théorie nous a permis de comprendre comment l'organisation du système médical d'avant CMU et le niveau d'organisation des activités de la couverture maladie engendrent des perceptions chez celles-ci. Lesquelles perceptions génèrent des comportements à travers leur participation en terme d'utilisation de la carte CMU, en terme d'adhésion au mécanisme assurantiel. Ainsi, au niveau des structures de soin, cette théorie a facilité la compréhension de l'idée d'adhésion des populations à la CMU. Celle-ci était liée aux défis organisationnels de la CMU, ainsi qu'aux difficultés du système sanitaire.

4 Résultats

4.1 Perceptions sociales des populations relatives à la mise en œuvre des activités de la CMU

4.1.1 Acceptation globale de la mise en œuvre des activités de la CMU

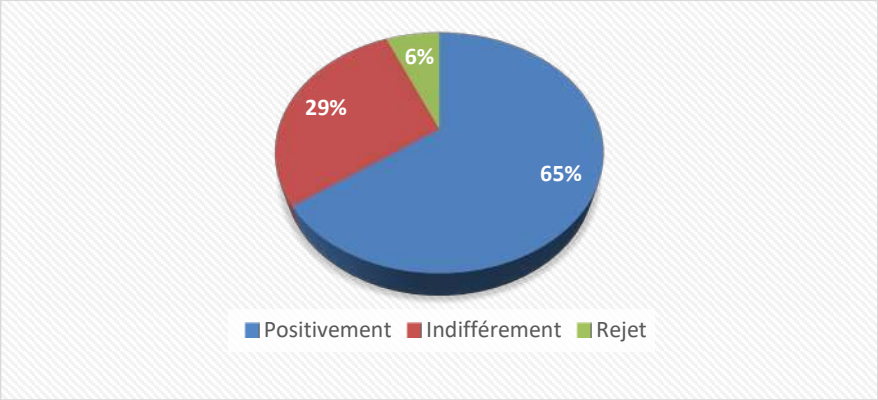


Figure 1 : Réactions des populations face à la mise en œuvre de la CMU

L'analyse de ce graphique relève que, plus de la moitié des enquêtés réagissent positivement à la mise en place de la couverture maladie universelle à savoir : 163 enquêtés sur 250 soit 65%. Ensuite, 29 % des enquêtés soit 72 sur 250 manifestent une certaine indifférence face aux activités de la CMU. Enfin 6% des enquêtés soit 16 sur 250 manifestent un rejet face à la mise en œuvre de celle-ci. La tendance selon laquelle la majorité des enquêtés aurait une opinion favorable à la mise en œuvre des activités de la CMU est confortée par les propos de cet agent CMU. Celui-ci a affirmé ceci :

> « *Les populations manifestent un intérêt positif et un enthousiasme relativement à notre avenue dans leur localité, certaines d'entre elles y ont été informées à travers la télévision donc elles étaient plus ou moins informées de la CMU* » (N B B, Agent CMU, entretien Mai 2024)

L'analyse de ce verbatim laisse présager un accueil favorable des populations relatif au déploiement des activités de la CMU à Béoumi. Elle met en relation l'impact des médias dans la communication des masses autour des activités de ce mécanisme assurantiel. Cette réaction positive des enquêtés vis-à-vis de l'assurance maladie s'inscrit dans la dynamique institutionnelle de garantir un accès inclusif des populations aux structures de soin. Cela se justifie par la forte proportion des populations dépourvues de système couverture risque sanitaire dans les pays en développement.

En Côte d'Ivoire, plus de 90% de la population ne bénéficie d'aucune couverture du risque financier lié à la maladie, si bien que les paiements directs sont importants et constituent des sources d'appauvrissement pour les populations (Bissouma-Ledjou et al, 2015). Ainsi, cette attitude positive porte les marques d'un optimisme face au défi croissant d'accès aux soins de santé.

4.1.2 Perceptions mitigées des populations face aux défis multiples liés aux activités de la CMU

L'avènement des activités de la CMU au niveau du district sanitaire de Béoumi a suscité une vague d'espoir chez les populations dans la dynamique d'un éventuel soulagement face à la résolution de leur problème de santé. Face aux discours relatifs à cette assurance santé émanant des autorités, celles-ci ont laissé émerger en elles une lueur d'espoir. Cependant, cet optimisme s'est mué en un scepticisme face aux difficultés relatives à la conduite des activités. Les propos émanant de cet agent d'accueil CMU met en évidence les ressentis mitigés de la population face à la CMU. Voici ce qu'il dit :

> « *Même si une certaine frange de la population est porteuse d'espoir face à la mise en place de la CMU en se référant aux discours des autorités, d'autres par contre sont un peu septiques ou ne croient pas du tout à la CMU. Elles lient cela à la corruption ou encore à plus un discours politique qu'une certaine réalité du projet* ». (Y I, Agent CMU, entretien Mai 2024)

Ce scepticisme porté par les populations transparait dans les propos de ce leader communautaire. Voici ce qu'il dit en substance :

> « *Cette affaire de CMU là, on attend de voir d'abord avant de se prononcer. Dans ce pays-là, il y a eu trop de projets Dieu seul sait où en est-on avec ces projets. Souvent même, c'est ceux qui doivent mettre en œuvre le projet qui le tue à travers leurs comportements. Sinon tel que les autorités ont communiqué là-dessus si ça pouvait être comme ça, ça allait vraiment nous arranger. On espère que cette fois-ci ça va marcher* ». (KKA, Leader communautaire, entretien Juillet 2024)

> « *Moi, j'ai fait la demande pour avoir la carte depuis 5 mois ; je n'ai toujours pas reçu ma carte et je ne suis pas le seul dans ce cas ».* (YAI Cultivateur, entretien Mai 2024)

> « *Depuis, cette histoire de CMU est arrivée on n'arrive pas à avoir nos médicaments comme par le passé avec notre carte MUGEFCI. Plusieurs médicaments ne passent pas, en tout cas moi je trouve cela très insuffisant* ». (T M, Instituteur, entretien Août 2024)

L'analyse de ces propos ci-dessus laisse transparaitre des avis mitigés relativement à la mise en place de la couverture maladie universelle. Ces propos prennent la connotation d'un optimisme porté par les populations sur fond des discours prononcés par les autorités. En revanche, celles-ci émettent des réserves face aux défis liés à la gouvernance du système sanitaire.

Deux raisons peuvent ressortir de ce scepticisme des populations. De prime à bord, l'on peut évoquer les défis structurels du système de santé ivoirien, notamment l'insuffisance du budget alloué au secteur de la santé, les ruptures fréquentes des médicaments au niveau des formations sanitaires, la vétusté et l'insuffisance du plateau technique, ainsi que les faiblesses au niveau des ressources humaines. Car il convient de le rappeler, les ressources financières allouées au secteur sanitaire figurent parmi les plus bas de la sous-région ouest africaine (Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2019). En dépit d'une constante augmentation du budget général de l'Etat au cours de ces dernières années.

La seconde raison tient principalement à la perception que les populations ivoiriennes ont de l'institution hospitalière. Cette perception est altérée par des scandales récurrents, mêlant corruption et manque d'accueil au sein des structures de soins.

En clair, les éléments constitutifs du système de santé, ainsi que l'environnement des soins, sont indexés dans ce contexte de mise en œuvre de la CMU. Le rôle des pouvoirs publics est convoqué, à travers une gouvernance qui tienne compte des aspirations des populations en matière d'accès aux soins de santé.

4.1.3 Incompréhension du système assurantiel par certains enquêtés

La généralisation du système de risque sanitaire au bénéfice des populations ivoiriennes, comme nous l'avons signifié en amont, s'accompagne de son lot d'incompréhensions quant aux différents mécanismes régissant son fonctionnement. À Béoumi, cette nouvelle approche sanitaire, initiée par les pouvoirs publics pour faciliter leur accès à des soins de santé de qualité, n'est pas sans conséquences pour elles. Ces dernières accueillent les orientations et le fonctionnement de la structure chargée de déployer la CMU avec beaucoup de réserves, ce qui suscite des réactions de méfiance. Ces propos ci-dessous émanant de ces différents enquêtés en témoignent :

> *« Moi je vends au marché ici, quand l'affaire du CMU est, mes frères m'ont dit de faire aussi, que c'est bon. Là, le jour, je suis malade. je vais pas trop payer cher si je paye mes 1000 f chaque mois. Et c'est ce que je fais depuis 1 an, pour moi et mes 3 enfants, mais maintenant, depuis un an, ni moi ni mes enfants, personne n'est tombé malade, or, chaque mois, on doit payer. Or deux jours-là ça va pas et puis aussi personne ne tombe malade donc j'ai plus payer* ». (O B, Vendeuse au marché, entretien Août 2024)

Il ressort de l'analyse de ce verbatim, une méconnaissance chez les personnes interrogées du mode opératoire du dispositif assurantiel qu'est la CMU. Deux raisons peuvent expliquer cette incompréhension du fonctionnement du principe assurantiel. La première fait référence à l'approche nouvelle que représente l'assurance maladie dans l'imaginaire collectif des populations ivoiriennes.

En effet, l'assurance maladie a toujours été un luxe pour la plupart des populations ivoiriennes. Celle-ci a toujours été associée à des organisations corporatives ou professionnelles à l'image de la MUGEFCI. Cette frange de la population est plus ou moins renseignée sur le mode de fonctionnement mutualiste. Contrairement à celles issues de l'économie informelle. Selon l'Agence nationale de la statistique (2024), en 2021 seulement un individu sur 19 (5,3%) était couvert par une assurance maladie en Côte d'Ivoire. Le taux de couverture en assurance maladie est plus élevée à Abidjan (13,7%). Dans les autres centres urbains, il représente un individu sur 20 (4,9%). Par contre en zone rurale, c'est seulement 1,8% de la population qui est couvert par une assurance maladie.

En outre, la faible proportion des sociétés de courtage en assurance et de couverture des risques sociaux dans le pays pourrait expliquer cette méconnaissance du mode de fonctionnement assurantiel par les populations. En 2018, d'après l'Agence ivoirienne de Régulation de la Mutualité Sociale (AIRMS), le pays comptait 61 mutuelles (Ministère de l'emploi et de la

Protection sociale, 2019). Par ailleurs, un sentiment de méfiance des populations vis-à-vis des compagnies d'assurances existe depuis des lustres au sein des communautés.

La seconde raison peut être associée à un déficit de communication dans les activités de la CMU. À ce sujet, Kouame (2025) révèle l'insuffisance de la communication des activités de la CMU auprès des mutualistes de la MUGEFCI. Créant ainsi, un sentiment de méfiance et de défiance vis-à-vis des réformes apportées à la suite de l'arrimage de la CMU à la MUGEFCI. En clair, cet état de fait semble refléter l'absence réelle d'implication des bénéficiaires de l'assurance maladie dans la conception du projet CMU.

4.1.4 Aptitude à ne pas tomber fréquemment malade comme une justification à ne pas aller vers la CMU

La mise en place de tout système de protection sociale, notamment celui couvrant les risques sanitaires ou les aléas de la vie courante, met en relation deux entités. À savoir : d'un côté, l'assuré et la compagnie d'assurance. Pour la première cité, il s'agira de respecter sa part du contrat afin de bénéficier des avantages liés à son statut. Ce mécanisme repose sur le principe du tiers payant partiel, à savoir : l'assuré paie le service avant d'attendre une éventuelle indemnisation en cas de sinistre. Cette situation ne favorise pas le recours à la CMU chez certains de nos enquêtés. Les propos émanant de cette enquêtée en disent assez :

« *Moi, je ne tombe pas malade comme ça, donc aller cotiser, sachant que je me connais, et je vois ça comme je jette mon argent* ». (K M Mécanicien, entretien juillet 2024)

À un autre d'ajouter ceci :

> « *Moi par exemple, j'ai trois enfants et ma femme, donc ça fait 5000 F que je dois cotiser par mois, or souvent je peux faire un an même sans aller à l'hôpital pour maladie, mes enfants même c'est la même chose, donc quand je vois ça c'est comme en payant les 5000/ Mois c'est comme si je dépenserai plus. Aussi, c'est quand les enfants mêmes sont malades je dépense pas aussi beaucoup, donc c'est comme en le faisant je vais perdre* » (Y K A, Maçon, entretien Juin 2024)

L'analyse du verbatim ci-dessus met en évidence une incompréhension certaine du fonctionnement des mécanismes de couverture du risque sanitaire au sein des populations. En effet, les prépaiements effectués dans le cadre des régimes assurantiels constituent le socle du principe assurantiel. A savoir le futur assuré paie une assurance, une couverture risque en vue de bénéficier d'une probable assistance le cas échéant. En tenant également compte du délai, sinon de la période couverte par ce mécanisme.

Cette conception assurantielle retentit dans la mémoire d'un certain nombre de nos enquêtés. Ceux-ci ont du mal à intégrer ce fonctionnement de l'assurance, d'une part, et, d'autre part, vont juste jusqu'à évaluer le coût de leur contribution différente aux cotisations CMU par rapport à leur dépense « habituelle » de santé. Les raisons pouvant expliquer cet état de fait se résument à la non-intégration des événements de santé comme des faits de vie, qui nécessiteraient, par voie de conséquence, une certaine anticipation compte tenu de leur imprévisibilité. À ce sujet, il convient de rappeler le faible taux d'adhésion des populations aux programmes sanitaires s'inscrivant dans une telle logique de prévoyance du risque de maladie.

Selon le RASS (2020), tous les indicateurs de soins préventifs et promotionnels chez les enfants de moins de 5 ans ont enregistré de mauvaises performances en 2020. À cela s'ajoute la dureté des conditions de vie des populations, marquée par un contexte de vie chère qui induit une hiérarchisation des besoins sociaux au détriment de la prévoyance.

5 Comportements de populations relatifs aux activités de la CMU

5.1. Absence de culture mutualisée chez les populations

Dans cette rubrique, nous voulons mettre en exergue la tendance selon laquelle les populations sont enclines à recourir à l'assurance maladie en général et à la couverture maladie universelle en particulier.

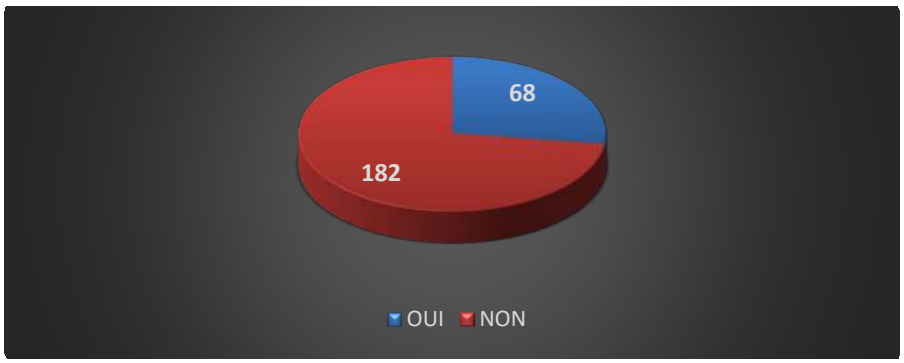


Figure 2 : Proportion des enquêtés ayant une assurance santé autre que la CMU
Auteur : Notre étude, 2024

L'analyse de ce graphique révèle que, plus de la moitié des enquêtés déclarent ne pas avoir une assurance santé avant la mise en œuvre de la CMU à savoir 182 sur 250 soit 73%. En revanche, 68 enquêtés sur 250 soit 23% affirment posséder une assurance santé autre que la CMU. A travers cette analyse, nous constatons que la possession de l'assurance santé ne fait pas partie des habitudes des populations. Cette situation pourrait s'expliquer par la méconnaissance de ce type d'offre de soins de santé au sein des populations du département de Béoumi. Mais aussi, en raison du fait que la population de cette localité est majoritairement composée de paysans et d'autres travailleurs du secteur informel. Cette frange de la population ne bénéficie pas de mécanismes de couverture sociale et sanitaire, en raison des orientations des systèmes de protection sociale dans les pays en développement, axés sur le modèle bismarckien.

En analysant cette rubrique, nous voulons comprendre la proportion de populations qui n'ont pas recours à l'assurance santé dans ce contexte de mise en œuvre de la CMU. Cette tendance est corroborée par les dires de cet habitant de l'un de nos sites d'enquête

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

À un autre de renchérit en ces termes :

> *« En tout cas, nous-mêmes en voit que 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.*

Côté maladie là ce n'est pas facile, souvent même tu es malade tu vois un frère il n'a qu'a t'aider à te soigner, il ne va pas faire. Mais dès qu'il y a la mort ou l'argent est parti ça va sortir. 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. » (Y L, Leader communautaire, entretien Avril 2024)

L'analyse de ces verbatim ci-dessus laisse entrevoir chez les populations une certaine attitude à recourir à une sorte de solidarité portée plutôt vers des évènements 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. Cette conception s'inscrit dans le rapport à la prévoyance propre aux sociétés africaines. Celles-ci admettent difficilement l'éventualité d'un problème de santé, ce qui est contraire à l'esprit du fonctionnement assurantiel.

À cela s'ajoutent les réseaux de soutien autour de maladie et de la mort au sein des communautés africaines. En effet, la solidarité autour de la maladie en Afrique se construit autour des raffermissements des liens sociaux. Par exemple, être au chevet d'un malade ou en encore une visite hospitalière. Cette solidarité s'inscrit dans une approche psycho-affective et morale. De plus, le coût de la maladie et sa chronicité freinent le soutien financier extérieur.

En revanche, la mort, quant à elle, a un poids symbolique et social. Il est symbolique parce qu'il constitue un passage obligé pour tous et suscite un sentiment d'empathie à l'égard de l'âme du défunt et de ses proches. Cette situation suscite, chez les uns comme chez les autres, une certaine solidarité face à la situation affligeante. En tout état de cause, la solidarité africaine est solide et forte, cependant, elle est caractérisée par son manque d'anticipation relative à la maladie, socle de la prévoyance.

4.2. Dessaisissement des populations relatif à la carte CMU

Les limites observées à la suite de l'initiative de Bamako, marquée par l'instauration des coûts des actes de santé dans les formations sanitaires, ont amené les pouvoirs publics en Côte d'Ivoire à soutenir les mécanismes de prépaiement. Cette initiative vise à réduire la difficulté susmentionnée grâce à l'utilisation de la carte CMU. Cependant, le constat est tout autre. Une appropriation impérieuse de ladite carte par les usagers des services de soins est perceptible, comme l'atteste le tableau ci-après.

Tableau 2 : Aperçu des activités liées aux prestations de la CMU dans nos sites d'enquête

Période	Nombre de consultant	Nombre de consultants utilisant la carte CMU	Proportion des utilisateurs de la carte CMU
Trimestre 1 2023	*9096*	220	2,19%
Trimestre 2 2023	10 713	241	2,24%
Trimestre 3 2023	7627	117	1,53%
Trimestre 4 2023	DONNEES NON PERCUES		
Bilan annuel	27 463	558	2,03%

Source : Enquête de terrain 2024

L'analyse de ce tableau nous donne un aperçu des activités de la CMU réalisées au sein de nos zones d'étude. Ce tableau met en relief une sous-utilisation des services de la CMU. A savoir sur 27 436 consultants reçus au cours de l'année 2023 (Hormis données T4) au sein de nos quatre structures, seulement 558 ont présenté leur carte CMU soit 2, 03% comme taux d'utilisation. Cet état de fait traduit une difficile intégration de la carte CMU chez les usagers des structures de soins. Cette tendance selon laquelle, la carte CMU souffre d'une intégration difficile dans les usages thérapeutiques des populations est corroborée par le témoignage de cet agent CMU :

> Je cite : « *Il faut dire que la proportion des assurés CMU qu'on reçoit par mois tourne autour 6 patients sur 600 consultants qu'on reçoit mensuellement. Et en général, ce sont tous des fonctionnaires* ». (N B B, Agent CMU, entretien Mai 2024)

Ce verbatim met en évidence un non-recours à la carte CMU parmi les populations de Béoumi, particulièrement visible dans leurs trajectoires de soins. Cela se traduit par un faible ratio de consultants par rapport aux utilisateurs de cette carte. Mieux une sélection involontaire se perçoit à travers le profil des usagers de cette carte. Cet état de fait met en lumière la forme classique des utilisateurs des mécanismes assurantiels sous nos tropiques. C'est-à-dire une assurance portée par les fonctionnaires, agents de l'Etat et travailleurs du secteur privé formel.

Par ailleurs, le dessaisissement de la carte CMU dont se rendent complice les populations pourrait compromettre le dispositif assurantiel. Notons que le financement des activités de la CMU s'appuie sur la mutualisation des risques sanitaires, pilier de l'assurance maladie. En effet, selon le législateur ivoirien le financement des activités de la CMU repose sur une source étatique orientée vers la prise en charge des personnes indigentes et une autre à partir des cotisations au régime contributif. Dès lors, cette situation pourrait compromettre non seulement le financement desdites activités, mais aussi la pérennité de l'assurance maladie.

4.3. Usage détourné de la carte CMU

La finalité de la carte CMU aux dires des autorités sanitaires est réservée exclusivement à l'usage sanitaire, c'est-à-dire dans l'optique de bénéficier des soins et actes de santé. Cependant, un autre usage s'est constitué chez les populations de Béoumi, reléguant ainsi le rôle original de cette carte à d'autres fins. Cet état de fait transparait dans les propos de cet enquêté, il affirme ceci :

> « *Moi, je suis fonctionnaire et j'ai mes assurances de santé que j'ai contracté çà et là, honnêtement je n'ai pas grand-chose à faire de cette carte. Mais vu que l'Etat exige la possession de cette carte pour les concours professionnels, je me devais de m'en procurer sinon, je l'ai depuis deux ans, mais je l'ai jamais utilisé, ça me sert donc pour mes formalités administratives dans le cadre de mes concours* » (Y K I, Enseignant, entretien Juillet 2025**)**

A cet autre enquêté d'affirmer ceci :

> « *Moi, sans vous mentir j'ai sollicité cette carte pour pouvoir récupérer mon permis de conduire, c'est une pièce qui est vraiment demandée lorsque tu vas pour récupérer ton permis, sans quoi je l'aurai pas fait* » (C M, Apprenti-chauffeur, entretien Août 2024)

Les récits ci-dessus mettent en avant un usage de la carte CMU en dehors de son rôle traditionnel qui lui est dévolu. Une telle situation contraste avec l'esprit du projet, notamment faciliter l'accès des populations aux soins de santé. Cette analyse traduit la non-intégration véritable de la carte CMU par certains usagers notamment les fonctionnaires, comme une priorité. Deux tendances peuvent se dégager à travers cette attitude.

La première pourrait s'expliquer par le fait que, les acteurs du monde professionnel en Côte d'ivoire sont détenteurs de mécanisme de couverture sociale autre que la CMU. De ce fait, ils disposent de d'autres alternatives de soins face à la maladie. Cet état de fait pourrait expliquer leur faible engouement face à cette nouvelle offre sanitaire. La deuxième raison pourrait s'expliquer à travers une éventuelle comparaison des prestations qu'elles reçoivent de leur assurance santé d'alors et celles proposées par la CMU. Une dévalorisation du panier de soin de la CMU par rapport à leur première assurance santé pourrait justifier cette mise à l'écart de la carte CMU par ces derniers.

Toutefois, cette situation traduit le non-alignement des populations avec l'esprit du projet CMU. Entre autres, autour du principe de l'assujettissement obligatoire et de la complémentarité de la CMU avec les autres mécanismes assurantiels préexistants.

4.4. Paysage sanitaire hétéroclite

L'avènement d'un état pathologique au sein de toute communauté humaine vient avec son lot d'interrogation face à celui-ci. Ces interrogations donnent lieu à diverses interprétations du mal voire de l'inconfort vécu par le malade et les siens. Ainsi, différents moyens sont mis en œuvre en vue de congédier le mal. Ces moyens aussi divers et variés sont sujets à des pratiques médicales qui sont distinctes les unes par rapport et autres. Dans le district sanitaire de Béoumi plusieurs canaux thérapeutiques s'offrent aux populations. Conventionnels ou pas, ils répondent à la même logique, notamment résoudre un problème de santé. La rubrique ci-après donne un aperçu des différents recours aux soins des enquêtés.

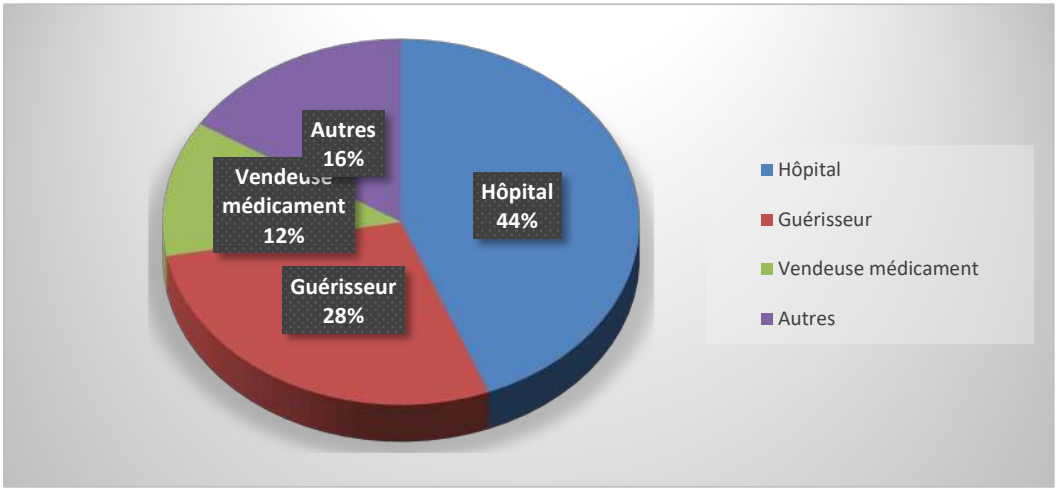


Figure 3 : Recours aux différents moyens thérapeutiques face à la maladie

Auteur : Notre étude, 2024

L'analyse du graphique met en évidence que 110 enquêtés sur les 250 affirment recourir au système médical conventionnel (Hôpital) pour des soins de santé soit 44%. Ensuite, 70 enquêtés

sur les 250 affirment quant à eux recourir aux thérapeutes traditionnels pour un problème de santé soit 28%. 40 enquêtés sur 250 soit 16% déclarent recourir à d'autres formes thérapeutiques face à la maladie regroupées sous le vocable autres. Enfin, 30 enquêtés sur 250 quant à eux disent recourir chez les vendeuses de médicaments pour un problème de santé soit 12%. La tendance selon laquelle, certains enquêtés affirment recourir à d'autres types de soins de santé face à la maladie se perçoit à travers les propos des enquêtés. Pour certains enquêtés interrogés, le recours aux structures de soins de santé en cas de maladie n'est pas systématique. Ceux-ci l'indiquent à travers le verbatim ci-dessous :

> « *Quand nous tombons malades ou si nos enfants ne se porte pas bien on ne va pas à la l'hôpital en même temps. Nos parents connaissent souvent des médicaments indigénats contre certaines maladies. Donc, on n'essaie de gérer avec ça d'abord pour voir. Souvent quand, tu prends tu vois que tu es guéri donc tu peux plus partir à l'hôpital encore* ». (K K P, Couturier, entretien Avril 2024)

D'autres évoquent à leur niveau une mise en avant de certaines pratiques pour se soigner. C'est notamment le cas de l'achat des médicaments chez des personnes non agrées à ce type de profession ou tout simplement par l'automédication. Les propos de cet enquêté en donne un aperçu :

> « *Souvent quand on est malade, on achète les médicaments chez les femmes là, et quand tu prends tu guéris. Dès fois après ça tu ne vas plus à l'hôpital. Souvent aussi, tu prends ça ne va pas. Quand toi-même tu vois que tu ne guéris pas, c'est ça tu vas voir le docteur* » (K S, Aide Maçon, entretien Juin 2024)

L'analyse de ces propos ci-dessus met en exergue un pluralisme médical auquel s'adonnent les populations. Celles-ci sont adeptes de pratique médicale mettant en avant les savoirs médicaux locaux d'une part et de d'autre part le recours à l'automédication. Leurs comportements sont empreints d'une recherche de soins face à l'avènement de la maladie. Le recours à la médecine conventionnelle n'est pas systématique donc ancré dans leur pratique quotidienne avec la maladie. Mieux le recours au système médical conventionnel n'est envisageable que lorsque, leur problème de santé n'a pas connu une certaine résolution à travers leur pratique médicale susmentionnée.

Les raisons qui sous-tendent cet état sont de diverses ordres. De prime à bord, il convient de rappeler la diversité d'approches thérapeutiques à laquelle sont exposées les populations ivoiriennes. Cet état de fait traduit que la CMU ne s'implante pas sur un terrain neutre. Bien au contraire, elle s'imbrique dans un écosystème de soins déjà saturé d'acteurs et de logiques aussi diverses que variées. En effet, le terrain africain est propice à la multiplication des canaux thérapeutiques. Les barrières financières à l'accès aux soins renforcent davantage le recours des populations à ces canaux thérapeutiques non conventionnels. Ainsi, le marché des médicaments falsifiés et de qualité inférieure apparait comme une alternative thérapeutique pour les populations étant en situation de précarité financière face à la maladie (Sinan et al, 2017).

De plus, la facilité d'accès à ces médicaments renforce le fléau. Selon le Ministère de la santé et de l'hygiène publique (2009), les lieux de ventes des médicaments illicites sont dispersés à travers tout le pays, mais le plus grand marché est celui de Roxy situé à Abidjan (Commune

d'Adjamé). A cela s'ajoute, les insatisfactions des usagers vis-à-vis du système médical classique qui ouvrent la voie au recours de certains patients vers ces canaux thérapeutiques (Ayatsé, 2025).

6 Discussion

6.1 Perception positive de l'assurance maladie noyée par des défis multiples

Les résultats de cette étude indiquent un accueil favorable des populations relatives à la mise en place de la CMU. Celles-ci sont animées par un enthousiasme de voir leur problème de santé connaitre une satisfaction. Cependant, cet optimisme est rattrapé par les réalités des défis qu'impose la mise en place des activités de la CMU. Ces difficultés mises en avant par cette étude, sont en conformité avec plusieurs études menées en Afrique de l'ouest relatives à la mise en place des régimes assurantiels. A titre illustratif, un article du quotidien français le Monde revient sur la décision des autorités de rendre obligatoire l'assurance maladie. Selon le journal, l'engouement porté par les populations s'est vite estompé au vu des difficultés constatées. Il dénonce des lourdeurs et défaillances de la procédure d'enrôlement, de l'immatriculation et l'obtention de la carte d'assuré.

Ces difficultés ont engendré des déceptions des nouveaux assurés du fait des nombreux obstacles d'accès aux soins et aux médicaments de la CMU, ainsi que la qualité médiocre des prestations. En outre, Vigan-Medji (2017) a mis en avant le manque d'organisation comme obstacle à la mise en œuvre de la RAMU au Bénin. En effet, l'auteur dénonce une structure organisationnelle non opérationnelle à travers un processus d'adhésion (enrôlement, récupération des cartes) long et laborieux. Ce qui pour l'auteur a comme conséquence des découragements et désistements de certaines personnes. De plus, Amalaman (2024), isole trois principales raisons du désintérêt des populations ivoiriennes vis-à-vis de la CMU. L'auteur pointe du doigt le manque d'information claire sur les avantages de la CMU, les difficultés d'accès au centre d'enrôlement, ainsi que des doutes sur la qualité des soins fournis par les prescripteurs CMU.

Toutefois, cette étude indique une certaine évolution des perceptions relatives à la mise en place de l'assurance maladie en Afrique. Malgré, une absence de culture mutualiste chez les populations.

6.2 Nécessité d'une communication autour du fonctionnement du principe assurantiel

Les résultats de cette investigation révèlent deux comportements chez les populations limitant le recours de celles-ci au régime de la CMU. Ces deux situations mettent en lumière une certaine incompréhension du fonctionnement des mécanismes assurantiels. L'incompréhension du fonctionnement de l'assurance maladie dans cette étude a été mise en avant par des études antérieures à la nôtre. Kagambega (2014), souligne que le manque de compréhension des mécanismes d'assurance, ainsi que le manque de confiance à l'endroit des compagnies d'assurances constituent des facteurs entravant l'adhésion des populations au système de couverture risque maladie.

En outre, notre étude se distingue par le fait que le comportement associé à la réticence de certains enquêtés de la CMU se perçoit à travers une « bonne santé apparente » qu'ils disent détenir. L'originalité de notre étude se perçoit à travers une nécessité de communiquer sur le

fonctionnement des régimes assurantiels, en vue de minimiser les échecs de l'implémentation de l'assurance maladie pour tous.

6.3 Besoin d'une conciliation des approches médicales modernes et traditionnelles

Les résultats révèlent une mosaïque d'approche médicales qui s'offrent aux populations dans leur rapport avec la gestion des états morbides. Cet état de fait est en conformité avec les travaux de Sossa (2010), qui souligne que l'offre de soins en Afrique n'est pas le monopole de la médecine moderne. En outre, hormis le pluralisme médical auquel sont exposées les populations, notre étude met en avant une réelle absence de culture mutualiste chez les populations dans leur rapport à la prévoyance du risque maladie socle du principe assurantiel.

À ce sujet Dussault et al (2006), soulignent que la prévoyance ne fait pas partie des valeurs qui sont systématiquement intégrées dans la culture des africains de l'ouest. Ils justifient cette situation par la dureté des conditions de vie. Toutefois notre étude se distingue par un certain mixage des approches médicales modernes et traditionnelles dans le comportement des populations dans leur rapport avec la gestion de la maladie. Cette dernière approche pourrait susciter une approche collaborative entres ces deux schémas thérapeutiques, en raison de la prédominance du recours à la médecine traditionnelle par les populations d'une part et de la légitimation de celle-ci par les instances nationales et internationales d'autre part.

7 Conclusion

En somme, cette investigation met en lumière les perceptions et comportements des populations de Béoumi relatifs à l'extension de la couverture maladie universelle au sein de cette localité. Cette étude met en avant une perception positive de la mise en place du système risque maladie au sein de cette communauté. Contrastant ainsi avec les idées reçues relatives à la notion de prévoyance du risque maladie caractérisé par une inadaptation de celle-ci avec leur réalité locale. En revanche, nonobstant cette perception positive, un scepticisme transparait chez ces dernières. Cet état de fait est la conséquence d'une multitude de défis tout azimut (lenteur dans la délivrance des cartes) et des défis sanitaires préexistants dont elles font face. En outre, une certaine incompréhension du principe assurantiel est perceptible chez celles-ci. La résultante du caractère exotique de ce type d'offre de soin dans le paysage sanitaire ivoirien d'une part et d'un déficit communicationnel d'autre part. De plus, notre étude révèle une absence de culture mutualiste chez les populations dans un environnement mettant en lumière une mosaïque de recherche de soin chez celles-ci.

Ces résultats mettent en avant l'approche multidimensionnelle que revêtent les notions de santé et de la maladie, ainsi que les différents moyens qui impliquent leur gestion au sein de la localité de Béoumi. Cette approche multidimensionnelle passe au prisme des perceptions et comportements des communautés locales, qui tiennent compte des approches modernes et traditionnelles en termes gestion des états morbides.

Par ailleurs, cette étude se veut un cadre de réflexion visant à éclairer les enjeux qui sous-tendent l'extension de cette politique novatrice d'accès aux soins de santé en Côte d'Ivoire. En analysant les perceptions et comportements des populations de Béoumi relatifs à la mise en œuvre de la CMU, notre étude se positionne comme une contribution à l'échelle nationale de l'extension de l'assurance maladie pour toutes les couches de la société ivoirienne. A travers

celle-ci un engagement beaucoup plus poussé des pouvoirs publics est indexé faces aux défis liés à la gouvernance du secteur sanitaire. Ainsi qu'une mise à contribution des communautés locales dans cette dynamique vers la CSU.

Remerciements

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à notre Directeur de thèse, Professeur titulaire d'Anthropologie et de Sociologie à l'Université Alassane Ouattara de Bouake, par ailleurs Directeur scientifique du GREPSYS. Ses orientations et critiques enrichissantes nous ont énormément inspirés tout au long de notre cycle doctoral.

Conflits d'intérêts

En tant qu'auteur de cet article, je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt avec une tierce personne.

Références

Agence Nationale de la Statistique. (2024). Profil de la pauvreté de la Côte d'Ivoire 2021. Récupéré sur https://share.google/DtP2XyFF4niAyA4Lo

Amalaman, D., M. (2024). Perception de la couverture maladie universelle (CMU) par les populations en Côte d'Ivoire, Revue hybrides. https://share.google/fa0zE4Buw5oiDyMxs

Ayatsé, Y., M. (2025). Déterminants socio-économiques de la consommation des médicaments de rue en milieu rural ivoirien : cas des médicaments chinois dans le département d'Adzopé. ZaouliN°10, Vol. 2, Juin 2025, pp573-594. Récupéré sur https://share.google/iwl0JKxyRHNxu6jlD

Azaraoual, F. (2022). La vulnérabilité économique : le plus grand défi de l'Afrique (No 1958). Policy center for the New South.

Bissouma-Ledjou, T., Yokouidé, A., Gnamon, J., et Musango, L. (2015). Suivi des progress vers la couverture sanitaire universelle en Côte d'Ivoire: Analyse situationnelle de base. Récupéré sur, https://share.google/hTcE1uCa3nwW7HwFR

Boudon, R. (2004). Théorie du choix rationnel ou individualisme méthodologique* ? Revue du MAUSS, 24(2), Pages 281-309. https://doi.org/10.3917/rdm.024.0281

Braun, V., et Clarke, V. (2008). Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology, 3 (2), 77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Identité numérique et de la couverture maladie universelle de la Côte d'Ivoire : la visibilité du modèle. Récupéré sur, https://share.google/zVGy1OjhndePNBXOz

Cochran, W., G. (1977). Sampling techniques (3rd ed). Wiley. https://archive.org/details/samplingtechniq00coch

Dussault, G., Fournier, P., et Letourmy A. (2006). L'assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté. Banque mondiale. DOI 10.1596/978-0-8213-6617-2

Fainzang, S. (2000). La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale, pages 18.

Fonteneau, B. (2007). Protection sociale en Afrique : contribution de l'économie sociale et enjeux politiques. Communication aux VIIe rencontres du RIUESS, Rennes, Pages 24.

Kagambega, M., T. (2014). Les populations à faible revenu et la protection sanitaire au Burkina Faso : les conditions d'une adhésion des populations aux principes mutualiste, SociologieS. https:// doi.org/10.4000/sociologies.4721

Kouame, M., C., A. (2025). Perceptions des mutualistes de la MUGEFCI face aux réformes institutionnelles liées à l'implémentation de la CMU à Bouaké (Côte d'Ivoire). Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 7(1), 298-312. https://doi.org/10.4314/rasp.v7il.22

Kouamé, K, G., Manan, G, E., et Tchetche, O., M. (2025). Déterminants de la sous-utilisation de la couverture maladie universelle dans les structures sanitaires de Béoumi (Côte d'Ivoire). Revue Internationale du Chercheur. 6, 4 (Déc. 2025).

Le Monde. « En Côte d'Ivoire, la CMU devient obligatoire malgré ses dysfonctionnements »,https://www.lemonde.fr/afrique/article/2022/10/13/en-cote-d-ivoire-la-cmu-devient-obligatoire-malgre-ses-dysfonctionnements_6145695_3212.html, consulté le 23 septembre 2024 à 20H 15

Merrien, F., X. (2013). La protection sociale comme politique de développement : un nouveau programme d'action international. International Development Policy| Revue internationale de politique de développement, (4.2), Pages 68-88. https://doi.org/10.4000/poldev.1519

Ministère de l'emploi et de la protection sociale. (2019). Conférence internationale mutualiste intitulée : « Le pari de la mutualité pour le 21 ème siècle ». Récupéré sur, https://share.google/kNdROSdGDN3qB4R

Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle. (2021). Plan national de développement sanitaire 2021-2025. Récupéré sur https://share.google/IRWxfXLc1lksE7aM3

Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle. (2021). Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020. Récupéré sur, https:// share.google/QsUYeB2Xz6o03mUse

Ministère de la santé et de l'hygiène publique. (2019). Financement de la santé : Dossier d'investissement 2020-2023, Pages 44. Récupéré sur https://share.google/VwZb14vyLd1WbVlad

Ministère de la santé et de la lutte contre le sida (2014). Politique nationale de promotion de la médecine traditionnelle. Récupéré sur https://share.google/4535igsYxCQYceqzE

Ministère de la santé et de l'hygiène publique. (2009). Politique pharmaceutique nationale. Récupéré sur, https://share.google/osyFn4JyNiqLlt6sy

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, p284. Récupéré sur, https://share. Google/LcHWPVTqiyzmfCXZg

Otoo, K., N., et Osei, B, C. (2014). Défis des systèmes de protection sociale en Afrique. *Alternatives Sud*, *21*(1), Pages 93-110

Séri 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. https://doi.org/10.4000/rdctss.5484

Sinan, A., Coulibaly, Z., Konan, K., F., Traoré, S., et Camara, Z., L. (2017). Les consequences socio-économiques de la vente illicite des medicaments de "trottoir" dans la region du Poro et ses risques liés à la santé. International journal of Rural Development, Environment and

Health Research (UREH), Vol-1, Issue-3, Sep-Oct, 2017. https://dx.doi.org/10.22161/ijreh.1.3.8

Sossa, T. (2010). Couverture, financement et exclusion : L'assurance maladie en Afrique. Finance& Bien Commun, volume2, N° 37-38, p 94 -103. https://doi.org/10.3917/fbc.037.0094

© 2026 KOUAME, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.