

**UNIVERSITE CATHOLIQUE DE L'AFRIQUE DE L'OUEST**  
**UNITE UNIVERSITAIRE D'ABIDJAN**  
**(UCAO/U.U.A)**



**INSTITUT SUPERIEUR DE COMMUNICATION**  
**MEMOIRE DE MAÎTRISE**

**RÔLE DE LA COMMUNICATION DANS LA  
DYNAMISATION DE LA MUTUALITE DE SANTE  
EN COTE D'IVOIRE**

**Présenté par :**

**Yannick Lionel M. MONGBO**

**Sous la direction du :**

**Pr. Raoul Germain BLE**

*Maître de conférences à*

*l'Université de Cocody-Abidjan*

*Enseignant-chercheur en sciences de*

*l'Information et de la Communication*

**Abidjan, novembre 2008**

# Dédicace

A ma famille.

Yannick Lionel M. MONGBO

# REMERCIEMENTS

Nous exprimons notre reconnaissance et notre gratitude :

- Au Professeur Raoul Germain BLE qui nous a permis de bénéficier de sa grande expérience, de ses connaissances et de son encadrement ;
- Au Professeur Serge DOGO qui nous a fait bénéficier de ses connaissances en communication et en marketing ;
- A M. Fousseni TRAORE qui a accepté, malgré la préparation de sa thèse de doctorat en communication, de nous aider dans la rédaction de notre mémoire ;
- A l'Abbé VODOUNON Frumence qui nous a beaucoup encouragé et nous a prodigué de précieux conseils en tant que Professeur de communication;
- Aux enseignants de l'UCAO, en particulier ceux de l'ISCOM.
- A MM. Victor et Fabrice MONGBO, mon père et mon frère aîné, qui ont relu mon travail et y ont apporté quelques corrections de forme ;

Dans l'impossibilité de citer nommément tous ceux qui nous ont soutenu sous quelque forme que ce soit, je les prie de trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

Nous voulons exprimer d'avance notre respect et nos remerciements au président et aux membres du jury qui ont accepté d'apprécier ce travail.

Yannick Lionel M.MONGBO

# SIGLES ET ABREVIATIONS

**AMU** : Assurance Maladie Universelle

**CCC** : Communication pour le Changement de Comportement

**CNPS** : Caisse Nationale de Prévoyance Sociale

**FAO** : Food and Agriculture Organization

**FGCCC** : Fonds de Garantie des Coopératives Café-Cacao

**FPM** : Fonds de Prévoyance Militaire

**FPPN** : Fonds de Prévoyance de la Police Nationale

**GVC** : Groupement à Vocation corporative

**IEC** : Information, Education, Communication

**IPD** : Institut Panafricain pour le Développement

**ISCOM** : Institut Supérieur de Communication

**IST** : Infections Sexuellement Transmissibles

**M.** : Monsieur

**MM.** : Messieurs

**MUGEFCI** : Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire

**OHADA** : l'Organisation pour l'Harmonisation en Afrique du Droit des Affaires

**OMD** : Objectif du Millénaire pour le Développement

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**p.** : Page

**pp.** : Pages

**PIB** : Produit Intérieur Brut

**PNUD** : Projet des Nations Unies pour le Développement

**SADT** : [Structured Analysis Design Technics](#)

**SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

**STEP** : Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté

**TAR** : Théorie de l'Action Raisonnée

**TCI** : Théorie des Comportements Interpersonnels

**TSC** : Théorie Sociale Cognitive

**UCAO** : Université Catholique d'Afrique de l'Ouest

**UEMOA** : Union Economique Monétaire Ouest Africaine

**VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine

# SOMMAIRE

Dédicace.....	ii
Remerciements.....	iii
Sigles et abréviations.....	iv
Introduction.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE... ..	5
Chapitre I/ La spécification de la problématique.....	5
Chapitre II/ Le cadre méthodologique.....	38
DEUXIEME PARTIE : LES SYSTEMES DE COUVERTURE IVOIRIENS ET LES RESULTATS D'ENQUETES.....	47
Chapitre III/ Présentation des systèmes de couverture ivoiriens.....	47
Chapitre IV/ Présentation et discussion des résultats.....	58
TROISIEME PARTIE : DE LA NECESSITE DE REDYNAMISER LA MUTUALITE DE SANTE EN CÔTE D'IVOIRE.....	86
Chapitre V/ Le projet « Caisse Communautaire de Solidarité » et la présentation des nouvelles stratégies de communication.....	86
Chapitre VI/ Les agriculteurs face aux enjeux de la communication pour le changement de comportement.....	106
CONCLUSION.....	116

## INTRODUCTION

Les objectifs du Millénaire pour le Développement, définis par la Déclaration du Millénaire de septembre 2000, figurent au programme du partenariat entre pays développés et pays sous-développés, visant à créer, d'ici l'an 2015, tant au niveau national que mondial, un climat propice au développement et à l'élimination de la pauvreté. Ces objectifs, au nombre de huit, se présentent de la manière suivante :

- 1.) [Réduire l'extrême pauvreté et la faim](#) ; 2.) [Assurer l'éducation primaire pour tous](#) ;
- 3.) [Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes](#) ; 4.) [Réduire la mortalité infantile](#) ; 5.) [Améliorer la santé maternelle](#) ; 6.) [Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies](#) ; 7.) [Préserver l'environnement](#) ; 8.) [Mettre en place un partenariat mondial pour le développement](#).

Dans le cadre de notre mémoire, notre choix s'est porté essentiellement sur les trois objectifs n° 4, 5 et 6, car à sept ans de 2015 de nombreux pays africains continuent malheureusement de présenter des indicateurs sanitaires préoccupants. C'est le cas de la Côte d'Ivoire qui fait l'objet de ce travail.

Pays situé entre le Tropique du Cancer et l'Équateur, la Côte d'Ivoire a une superficie totale de 322 462 km<sup>2</sup>. Elle est limitée au Nord par le Mali et le Burkina Faso, au Sud par l'océan Atlantique, à l'Est par le Ghana, à l'Ouest par le Libéria et la Guinée. Le pays bénéficie d'un climat tropical humide, avec des températures oscillant en moyenne autour de 28°C, qui favorise le développement d'une végétation luxuriante dans le Sud. Le sol de la Côte d'Ivoire « *est relativement riche, et favorise l'agriculture (...)* »<sup>1</sup> Malgré de grands atouts, force est de constater la faiblesse des indicateurs sanitaires du pays.

En effet, bien que le PIB soit considérable (16 029 millions<sup>2</sup> de dollars US), les dépenses de santé opérées par l'Etat ivoirien font à peine « 6,2% »<sup>3</sup> de ce PIB en 2004. Les indicateurs sanitaires de la Côte d'Ivoire sont négatifs : « *le taux de contamination de la population par le virus du SIDA atteint 10% de la population*

---

<sup>1</sup> [http://fr.encyclopedia.msn.com/encyclopedia\\_761578055\\_4/Cote\\_d'Ivoire.html](http://fr.encyclopedia.msn.com/encyclopedia_761578055_4/Cote_d'Ivoire.html). Consultation du site le mardi 11 novembre 2008.

<sup>2</sup> Indicateur prélevé sur <http://www.pays-monde.fr/continent-afrique-1/donnee-economie-cote-d-ivoire-13/pib-exportation-importation-pouvoir-achat.html>. Consultation du site le mardi 11 novembre 2008.

<sup>3</sup> Idem. Consultation du site le mardi 11 novembre 2008.

générale, soit plus d'1 million d'adultes et 100000 enfants contaminés. (...). Ils ne doivent cependant pas masquer d'autres indicateurs tout aussi préoccupants: un taux de mortalité infanto-juvénile (enfants décédés avant l'âge de cinq ans) de 12,3‰, un taux de mortalité maternelle (décès de la mère en cours de grossesse, à l'accouchement ou jusqu'à 42 jours après l'accouchement) de 597 pour 100 000 naissances vivantes »<sup>1</sup>. Le paludisme, la tuberculose et la rougeole constituent principalement les autres affections de santé. La malnutrition et l'anémie chez les enfants de moins de cinq ans atteignent de fortes proportions à Abidjan, respectivement « 18,8 pour 1000 (moyenne nationale de 7,5 pour 1000) et 28,2 ‰ (moyenne nationale de 11,7‰)<sup>2</sup> ». Le coût de l'hospitalisation est trop élevé pour le pouvoir financier de l'Ivoirien moyen. Concernant le revenu de ce dernier, on note que le Revenu National Brut par habitant est de « 870 dollars en 2006. »<sup>3</sup> Cette situation de pauvreté ne manque pas d'attirer l'attention des organisations internationales. En effet, « le PNUD depuis quelques années et conformément à son engagement de promouvoir le développement humain durable a inscrit la réduction de pauvreté comme axe majeur de son assistance en Côte d'Ivoire. Cet engagement est renforcé par l'accroissement de la pauvreté en Côte d'Ivoire. En effet, les conditions d'existence des populations déjà précaires, se sont détériorées avec la situation de crise que vit le pays depuis septembre 2002<sup>4</sup> ». A travers toutes ces informations, on peut conclure qu'il existe des problèmes relatifs au fonctionnement des structures sanitaires d'une part et des problèmes relatifs à la faiblesse du pouvoir d'achat des populations d'autre part. Nous nous sommes focalisés sur le pouvoir d'achat car, étant généralement faible, il empêche les couches défavorisées d'adhérer aux assurances et aux mutuelles de santé.

Ainsi, faute de moyens, elles n'ont pas accès aux soins de santé et ne sont pas non plus protégées par les assurances ou par les mutuelles de santé. Face à cette situation mettant en péril leur vie, nous avons voulu travailler sur le thème suivant :

---

<sup>1</sup> <http://afriquepluriel.ruwenzori.net/cote%20d'ivoire-f.htm>. Consultation du site le lundi 15 septembre 2008.

<sup>2</sup> Idem.

<sup>3</sup> <http://www.acdi-cida.gc.ca/cidaweb/acdicida.nsf/Fr/JUD-220204727-458>. Consultation du site le mardi 11 novembre 2008.

<sup>4</sup> <http://www.ci.undp.org/pauvre.php>. Consultation du site le jeudi 20 novembre 2008.



**« Rôle de la communication dans la dynamisation de la mutualité de santé en Côte d'Ivoire ».** A travers ce thème, nous voulons montrer le rôle que peut jouer la communication dans le développement social de la Côte d'Ivoire. Pour ce faire, nous voulons élaborer et proposer un projet de mutualité de santé dans lequel peuvent être insérées les couches défavorisées dans la mutualité, en dépit des indicateurs défavorables du pays. Suite aux résultats préliminaires fournis par nos recherches documentaires, nous avons travaillé essentiellement sur les couches suivantes : les agriculteurs, les artisans et les personnes sans emploi. Notre étude s'articulera en trois grandes parties :

- la première partie du mémoire est divisée en deux chapitres, le premier concerne la spécification de la problématique et le second porte sur le cadre méthodologique de notre travail ;

- la deuxième partie est également divisée en deux chapitres, portant respectivement sur la présentation des résultats d'enquêtes et sur les systèmes de couverture ivoiriens ;

- la troisième partie est agencée de la manière suivante : un chapitre portant essentiellement sur la question de la redynamisation de la mutualité ivoirienne et un autre chapitre portant sur un projet de communication pour le changement de comportement à l'endroit des agriculteurs.

Puisque notre sujet met en relation la mutualité de santé et la communication, notre méthodologie va conséquemment se bâtir autour d'un corpus diversifié d'ouvrages relatifs à la mutualité, à l'Information-Education-Communication (IEC), à la Communication pour le Changement de Comportement (CCC), à la communication pour le développement. Notre méthodologie nécessitera également la lecture de revues et articles de presse ainsi que la consultation de l'Internet. Il nous faudra aussi interroger un ou plusieurs responsables de structures mutualistes afin :

- d'obtenir des informations sur les structures dont ils ont la charge ;
- de connaître leurs opinions de professionnels sur notre projet de mutualité.

Nous constituerons ensuite des échantillons de mutualistes pour prendre connaissance des rapports d'ordre communicationnel les unissant aux mutuelles auxquelles ils ont souscrit ainsi que leurs opinions sur le projet de mutualité que nous voulons initier.

Dans le même ordre d'idée, nous avons aussi prévu de questionner quelques personnes issues des couches sociales défavorisées pour connaître leurs avis et suggestions quant à leur insertion dans la mutualité de santé.

# **PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE**

## **Chapitre I/ La spécification de la problématique**

### **I/-1- Justification du choix du sujet**

#### **I/-1-1- Motivations personnelles**

Si nous avons décidé de nous intéresser au sujet « **Rôle de la communication dans la dynamisation de la mutualité de santé en Côte d'Ivoire** », c'est parce que diverses situations sanitaires nous ont négativement marqué. La première consiste en la mésaventure vécue par l'un de nos professeurs aux Etats-Unis d'Amérique : alors qu'il était en mission pour la Côte d'Ivoire, il est tombé gravement malade. Il s'est vu refuser les soins à l'hôpital parce qu'il n'avait pas les moyens suffisants et il n'était couvert par aucune assurance sociale ou par une mutuelle de santé. (Autrement dit, l'Etat ivoirien n'avait pas assuré son ressortissant en mission). Finalement l'organisme responsable de sa mission a dû se porter garant afin qu'il bénéficie des soins médicaux. On pourrait se demander pourquoi une histoire se déroulant aux Etats-Unis a guidé le choix de notre thème, vu que cela ne se passe pas sur le sol ivoirien. La réponse est simple : ce genre d'histoire ne se déroule malheureusement pas qu'aux Etats-Unis.

En effet, un autre fait qui a motivé le choix de notre thème est la mésaventure très désagréable que nous avons personnellement vécue à Abidjan. Parti nous faire soigner dans l'une des cliniques de la place (dont nous taisons le nom) nous avons constaté, après traitement, que le coût de la consultation est supérieur à notre avoir. Nous avons dû téléphoner à notre université pour demander aux autorités académiques de bien vouloir supporter les dépenses, quitte à rembourser plus tard. Nous avons été contraint de téléphoner depuis les locaux de ladite clinique car il nous était interdit de sortir. Cette situation nous a sensibilisé sur le sort des personnes, en Côte d'Ivoire, n'ayant pas assez de moyens financiers pour honorer les frais de santé. D'autres faits nous ont également marqué négativement et proviennent d'articles de presse ivoiriens : « (...) *une dame est morte en couche le mercredi 06 février 2008 (...) par faute de moyens financiers. Il semblerait qu'elle n'a pas pu remettre la*

*somme de 150 000 FCFA exigée comme frais de traitement »<sup>1</sup>, « (...) dame Coulibaly a perdu la vie sur son lit d'hôpital (...) Il semblerait que le médecin-chef du service de gynécologie a exigé la somme de 150 000 FCFA contre 50 000 proposée par dame Coulibaly. Le médecin a laissé traîner les choses jusqu'à l'irréparable »<sup>2</sup>.*

A la lumière de ces faits et compte tenu de nos observations quotidiennes, un constat semble s'imposer : à l'hôpital, de nos jours on ne peut plus avoir accès aux soins médicaux si l'on ne dispose pas de moyens financiers suffisants ou si l'on n'est pas couvert par quelque assurance sociale ou mutuelle de santé.

Fort de ce constat, nous avons, lors de l'édition 2008 du concours PREPAID DAYS<sup>3</sup>, proposé une mutuelle de santé pour malades démunis. Le présent travail est donc l'approfondissement de cette idée.

## **I/1-2- Pertinences sociale et scientifique**

### *\*Pertinence sociale*

Les problèmes sanitaires en Côte d'Ivoire proviennent de plusieurs sources : accès difficile des malades démunis aux soins médicaux, absence de matériel médical dans les hôpitaux, vol ou vente illicite des médicaments, corruption du corps médical etc.<sup>4</sup> Nous préférons cependant nous appesantir sur l'accès difficile des malades démunis aux soins médicaux. En effet, les autres aspects nécessitent essentiellement l'approvisionnement des hôpitaux en matériel médical et la sensibilisation du personnel médical.

L'aspect que nous avons choisi de traiter révèle directement la discrimination dont sont victimes les couches sociales vulnérables en matière de soins médicaux.

---

<sup>1</sup> L'APPEL, bimestriel d'analyses et d'informations sur les droits humains en Côte d'Ivoire, édition n° 20 de février-mars 2008, page 8.

<sup>2</sup> Idem

<sup>3</sup> Le concours PREPAID DAYS est lancé annuellement, depuis 2005, par le cabinet Xtramed dont le Chief Executive Officer est M. G. N'GUESSAN.

<sup>4</sup> Ce sont les constats faits par MM. BAMBA S. et FOFANA M. dans le n° 20 de février-mars 2008 de L'APPEL qui est un bimestriel d'analyses et d'informations sur les droits humains en Côte d'Ivoire.

Cela constitue non seulement une grave atteinte à leur droit à la santé mais aussi l'échec de la réalisation des huit (08) objectifs du millénaire pour le développement (OMD)<sup>1</sup>. Cet échec concerne particulièrement les trois objectifs sanitaires sur lesquels nous avons déclaré nous appesantir, au niveau de notre introduction.

En effet, le peuple doit être en bonne santé pour réaliser le reste des objectifs qui concerne essentiellement le travail nécessaire pour le développement économique, politique et social. C'est bien là que se pose le problème car la population ivoirienne est aux prises avec diverses sortes de maladies. *« On estime que 60 % à 70 % de la population rurale ont un accès à l'eau potable qui est soit inexistant, soit médiocre »*<sup>2</sup>. La zone rurale ivoirienne est confrontée à diverses maladies n'épargnant ni animaux ni êtres humains. Le paludisme et la fièvre jaune sévissent beaucoup et de manière persistante. *« La méningite est également constatée dans le monde rural, ainsi que la typhoïde, le choléra et l'hépatite A. Les animaux sont régulièrement atteints par la maladie de la rage. Les animaux qui sont les plus souvent touchés sont surtout les chiens (mais tous les mammifères peuvent transmettre la rage par morsure, griffure ou léchage). Il est toujours recommandé aux touristes de prendre les vaccins correspondant à ces diverses maladies »*<sup>3</sup>. Le mal du siècle (le VIH/Sida) y est présent également. Il est devenu l'une des principales causes de mortalité chez les adultes, chez les jeunes et, de plus en plus, chez les femmes. Il faut noter que cette maladie préoccupe les grandes institutions internationales<sup>4</sup> si bien que la Côte d'Ivoire a reçu, en 2006, une première subvention de la part du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Cependant, une mauvaise gestion de cette subvention

---

<sup>1</sup> Ces objectifs ont été initiés par la Déclaration du millénaire de septembre 2000 et ils représentent un partenariat entre les pays développés et les pays sous-développés tous résolus, d'ici à 2015, à créer aux niveaux tant national que mondial un climat propice au développement et à l'élimination de la pauvreté.

<sup>2</sup> Organisation Mondiale de la Santé, *Intervention sanitaire en cas de crise Côte d'Ivoire, juin 2007*, [http://www.who.int/hac/crises/civ/sitreps/cote\\_Ivoire\\_aug2007\\_fr.pdf](http://www.who.int/hac/crises/civ/sitreps/cote_Ivoire_aug2007_fr.pdf). Consultation du site le mardi 5 août 2008.

<sup>3</sup> [http://www.astrium.com/article.php3?id\\_article=815..](http://www.astrium.com/article.php3?id_article=815..) Les informations sur cette page du site astrium présentent les divers dangers sanitaires et les risques dûs à l'insécurité en Côte d'Ivoire. Consultation du site le mardi 5 août 2008.

<sup>4</sup> OSI Bouaké le blog des parrains de Bouaké, [http://osi.bouake.free.fr/article.php?id\\_article=380](http://osi.bouake.free.fr/article.php?id_article=380), Côte d'Ivoire : le Fonds mondial attend des explications, article Publié le vendredi 16 juin 2006. Consultation du site le mardi 5 août 2008.

fait que la Côte d'Ivoire ne bénéficiera pas de la deuxième tranche de cette subvention tant qu'elle n'aura pas justifié l'utilisation de la première tranche.<sup>1</sup>

Le milieu urbain n'est pas non plus exempt de problèmes sanitaires : le risque de contracter le paludisme y est très élevé. Concernant cette maladie, notons qu'elle reste « *la première cause de consultation chez les adultes et de décès chez les enfants de moins de 5 ans, que ce soit dans le monde rural comme dans le monde urbain. L'accès à l'eau potable en milieu urbain n'est pas au beau fixe non plus : au moins 40% de la population urbaine ont un accès médiocre ou inexistant à l'eau potable* »<sup>2</sup>.

Le gouvernement nourrit la grande ambition de réduire la pauvreté en Côte d'Ivoire dans le sens des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Donc ne pas accorder de soins médicaux aux couches sociales vulnérables accroît en réalité le niveau de pauvreté de la Côte d'Ivoire. Nous avons essentiellement limité notre champ d'action aux personnes exerçant les métiers agricoles, aux artisans et aux personnes sans emploi. En effet, l'économie ivoirienne repose essentiellement sur le secteur agricole : « *en 2006, l'agriculture contribue pour 22,7% au PIB. L'agriculture demeure encore de nos jours son pilier traditionnel, employant plus des deux tiers de la population active* »<sup>3</sup>. De plus, selon M. J.-C. BOUDA, le directeur général du Salon International de l'Artisanat de Ouagadougou (SIAO), « *10 % à 25 % du Produit intérieur brut (PIB) des États africains proviennent de l'activité artisanale* »<sup>4</sup>. Ne pas non plus accorder de soins aux personnes sans emploi augmente également le taux de pauvreté car ils sont susceptibles de trouver du travail et d'être utiles à la société. La Côte d'Ivoire dispose d'un taux de chômage variant entre « *40 et 50%* »<sup>5</sup>. Outre toutes ces considérations, une patrie n'a-t-elle pas besoin de tous ses bras valides pour

---

<sup>1</sup> Informations provenant de OSI Bouaké le blog des parrains de Bouaké, [http://osi.bouake.free.fr/article.php?id\\_article=380](http://osi.bouake.free.fr/article.php?id_article=380), Côte d'Ivoire : le Fonds mondial attend des explications, article Publié le vendredi 16 juin 2006. Consultation du site le mardi 5 août 2008.

<sup>2</sup> Organisation Mondiale de la Santé, *Intervention sanitaire en cas de crise Côte d'Ivoire, juin 2007*, [http://www.who.int/hac/crises/civ/sitreps/cote\\_Ivoire\\_aug2007\\_fr.pdf](http://www.who.int/hac/crises/civ/sitreps/cote_Ivoire_aug2007_fr.pdf). Consultation du site le mardi 5 août 2008.

<sup>3</sup> [http://fr.encarta.msn.com/text\\_761578055\\_\\_33/Cote\\_d'Ivoire.html](http://fr.encarta.msn.com/text_761578055__33/Cote_d'Ivoire.html). Consultation du site le mardi 11 novembre 2008.

<sup>4</sup> Article de SIGNOURET M., *La foire aux métiers. La neuvième édition du Salon international de l'artisanat de Ouagadougou se tient du 29 octobre au 7 novembre*. Un succès qui se confirme. [www.jeuneafrique.com](http://www.jeuneafrique.com). Consultation du site le mercredi 20 août 2008.

<sup>5</sup> [http://indexmundi.com/fr/cote\\_d\\_ivoire/taux\\_de\\_chomage.html](http://indexmundi.com/fr/cote_d_ivoire/taux_de_chomage.html). Consultation du site le mardi 11 novembre 2008.

se développer socialement, économiquement et même politiquement ? Comment une nation pourrait-elle se développer si ses fils ne jouissent pas d'une bonne santé ou s'ils meurent dans la fleur de l'âge, emportant ainsi avec eux leurs capacités et aptitudes ? L'accroissement du taux de mortalité dans la population n'a jamais fait du bien à un pays car « *il n'y a de richesse que d'hommes* »<sup>1</sup>.

Nous sommes donc en présence d'un problème grave, traduisant deux grands maux : la discrimination et l'intolérance. Ces derniers entraîneront forcément le sentiment légitime de l'indignation qui, à son tour, génèrera automatiquement le découragement et le désenchantement, la corruption et les détournements de fonds publics etc. Notre travail pourrait permettre de proposer des idées nouvelles à la problématique de la santé qui nuit à la population, ce précieux capital humain sans lequel aucun développement socio-économique ne serait envisageable.

En travaillant sur l'insertion des personnes exerçant les métiers agricoles, sur l'insertion des artisans et des personnes sans emploi dans la mutualité, nous espérons fournir aussi aux dirigeants les voies et moyens de régler quelque peu le problème qu'incarne le secteur informel. En effet, cette partie de la population composée de paysans et surtout d'artisans tend généralement à se trouver dans le secteur informel et, de ce fait, sont difficiles à répertorier. Personne n'ignore le casse-tête que représente le secteur informel pour les gouvernants africains<sup>2</sup>. En les faisant accéder à des mutuelles de santé, les gouvernants pourraient ainsi trouver les moyens de les répertorier et de les insérer plus tard dans le secteur formel. Cette insertion, nous le pensons, serait alors plus aisée car l'épineux problème social de la santé aura été préalablement résolu. Quant aux personnes sans emploi, personne n'ignore que leur statut occasionne de sérieux manques à gagner pour l'économie d'une nation. Cette situation de perte pour l'économie nationale sera envenimée s'ils ne bénéficient pas

---

<sup>1</sup> Il y a près de cinq siècles, J. Bodin écrivait : «*Il n'y a de richesse que d'hommes*» en voulant dire par là que c'est l'importance de la population qui fait la puissance du royaume.

<sup>2</sup> En effet la décennie 80 marque le début de la crise économique et la mise du continent africain (en proie à des difficultés sans équivalents) sous administration du F.M.I. et de la Banque Mondiale. Implicite dans les années 70, le secteur informel a pris de l'ampleur au point de concurrencer le secteur formel. Le secteur informel est l'ensemble des activités économiques qui se réalisent en marge de législation pénale, sociale et fiscale ou qui échappent à la Comptabilité Nationale. Autrement dit, c'est l'ensemble des activités qui échappent à la politique économique et sociale, et donc à toute régulation de l'État. <http://www.africa-onweb.com/economie/secteur-informel.htm>. Consulté le mardi 22 juillet 2008.

d'une bonne santé leur permettant de répondre positivement aux éventuelles offres d'emploi dans leur pays.

#### *\*Pertinence scientifique*

L'insertion des personnes exerçant des métiers peu lucratifs dans une mutuelle de santé est généralement abordée dans les travaux et recherches scientifiques qu'il nous a été donné de consulter. Toutefois, cette question est juste évoquée et, tout au plus, présentée comme une question urgente nécessitant une réponse. Le seul travail scientifique à avoir abordé un sujet voisin du nôtre s'intitule « **Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique** ». Ce travail a été produit par le Bureau International du Travail et entre dans le cadre de son programme « Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté » (STEP)<sup>1</sup>. De manière générale, c'est plutôt l'état alarmant de l'ensemble du système sanitaire en Côte d'Ivoire (et en Afrique Occidentale) qui a fait l'objet de maintes études et recherches scientifiques. Cependant, aucune solution allant dans le sens de l'insertion effective des personnes exerçant des métiers agricoles, des artisans et des personnes sans emploi dans une mutuelle de santé, n'est réellement présentée. En résumé, aucun des travaux consultés n'a abordé les mauvaises conditions hospitalières des agriculteurs, des artisans et des personnes sans emploi en rapport avec leur non-appartenance à des mutuelles de santé. En effet, soit on dresse le portrait des mutuelles de santé existantes en Côte d'Ivoire ou en Afrique de l'Ouest en songeant à la mise en place de stratégies efficaces quant à leur incapacité à bien protéger leurs souscripteurs, soit on dresse un tableau des mauvais traitements en cours dans les hôpitaux en interpellant la conscience des gouvernants et des citoyens.

A cet effet, évoquons le rapport technique n° 19 intitulé "**Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé**

---

<sup>1</sup> Programme «Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté» (STEP) du Bureau International du Travail, Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique, Première édition 2000, Deuxième édition 2002, 56 pages.



**en Afrique de l'Ouest et du Centre: résumé de la synthèse et des études de cas<sup>1</sup>**, le rapport intitulé "**Diagnostic juridique des mutuelles de santé en Côte d'Ivoire<sup>2</sup>**", ou encore le rapport "**Développement des mutuelles de santé en Afrique : une analyse comparative des approches et de leurs impacts<sup>3</sup>**". Nous pouvons clore la liste par l'évocation de documents tels que "**Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest<sup>4</sup>**".<sup>4</sup>

Outre ces études, documents et ouvrages nous notons l'existence de diverses exhortations adressées à l'Etat et/ou aux personnels de santé. Citons, à cet effet, les articles de presse qu'ont rédigé MM. BAMBA S. et FOFANA M. dans l'édition N° 20 de Février-Mars 2008 de **L'Appel**, un bimestriel d'analyses et d'informations sur les droits humains en Côte d'Ivoire.

Il ressort donc de tout cela que fort malheureusement aucune solution réelle n'est proposée au problème qui nous intéresse dans le cadre de notre travail. Il s'agit pour nous d'attirer l'attention de la communauté scientifique sur ce fait de société que l'on a jusqu'à présent dénoncé sans y remédier véritablement. Nous jetterons ainsi les bases sur lesquelles les futurs travaux scientifiques, susceptibles de porter sur le sujet, pourront désormais œuvrer et cela à partir d'un existant qui ne demande qu'à être amélioré. Le présent mémoire a donc pour ambition de proposer des approches de solutions à des questions préoccupantes dont le problème peut ainsi s'énoncer.

<sup>1</sup> BUKARI A., C., DIOP F. P., ETTE J., EVRARD D., MARCADENT P., and MASSIOT N. Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre: résumé de la synthèse et des études de cas. Technical Report No. 19. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc., May 1998.

<sup>2</sup> Rapport produit par M. F. TANO à Abidjan en juin 2006. Ce rapport s'inscrit dans le cadre du projet « Appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de la zone UEMOA », financé par le ministère des affaires étrangères Français et qui a pour maître d'œuvre le BIT.

<sup>3</sup> P. NDIAYE, Développement des mutuelles de santé en Afrique: une analyse comparative des approches et de leurs impacts, juin 2006, 37 pages.

<sup>4</sup> J.-P. O. de SARDAN et Y. JAFFRE, Une médecine inhospitalière : Les Difficiles Relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Editeur Karthala, Collection Homme et Société : Sciences économiques et politiques, 2003, 464 pages.

## I/2- IDENTIFICATION ET FORMULATION DU PROBLEME

En Côte d'Ivoire, nous observons un nombre non négligeable de mutuelles de santé. Ces dernières ne sont pas régies par une loi unique. « En effet Les mutuelles existantes sont créées et fonctionnent sur la base de deux lois :

- *La loi du 1<sup>er</sup> avril 1898 relative aux sociétés de secours mutuels.*
- *La loi n°60-315 du 21 septembre 1960 relative aux associations.*

*La loi du 1<sup>er</sup> avril 1898 définit en son article premier les sociétés de secours mutuels comme "des associations de prévoyance qui se proposent d'atteindre un ou plusieurs des buts suivants :*

- *assurer à leurs membres participants et à leurs familles des secours en cas de maladies, blessures ou infirmités,*
- *leur constituer des pensions retraites,*
- *contracter à leur profit des assurances individuelles ou collectives en cas de vie, de décès ou d'accidents,*
- *pourvoir aux frais des funérailles et allouer des secours aux ascendants, aux veufs, aux veuves ou orphelins des membres participants décédés" »<sup>1</sup>.*

Les mutuelles de santé suivantes sont régies par cette loi: la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire (MUGEFCI) dont les bénéficiaires sont l'ensemble des fonctionnaires et agents de l'Etat tous corps confondus, leurs enfants ainsi que leurs ayants droit ; le Fond de Prévoyance Militaire (FPM) dont les bénéficiaires sont les personnels militaires ; le Fonds de Prévoyance de la Police Nationale (FPPN), dont les bénéficiaires sont les membres de la police nationale. Elles constituent les mutuelles les plus connues, parmi les mutuelles des agents relevant du secteur public, que l'Etat a promues en intervenant, de façon

---

<sup>1</sup> F. TANO, Diagnostic juridique des mutuelles de santé en Côte d'Ivoire, Appui a la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de la zone UEMOA, Bureau International du Travail, Abidjan, juin 2006, p. 7.

dérogatoire au droit commun, par des décrets spécifiques ou même des arrêtés ministériels. A travers cette liste, il est facile de remarquer que les mutuelles ivoiriennes, répondant à cette loi, sont corporatistes. De ce fait, certaines couches de la population en sont exclues : les personnes exerçant des métiers agricoles, les artisans et les personnes sans emploi. En Côte d'Ivoire « *le système de protection sociale reste relativement faible quant à la couverture des couches socioprofessionnelles vulnérables. Ainsi, selon les statistiques du Ministère de la Santé Publique, seuls 15% de la population actuelle sont couverts par le système de protection sociale. Autrement dit, ce sont environ 85% de la population qui en sont exclus, faisant du système existant, un système foncièrement discriminatoire* »<sup>1</sup>. Les couches précitées sont donc laissées pour compte alors que leur pouvoir d'achat généralement faible, limite leur recours aux soins modernes. Etre couverts par une mutuelle de santé leur aurait été d'un grand secours mais « *Cette insuffisance de la couverture s'accroît par l'extrême pauvreté de la population (en 1998, 33,6% de la population vivent en dessous de la ligne de pauvreté monétaire)* »<sup>2</sup>. Concernant l'accès aux soins, des recherches révèlent qu'en 1998 « *plus de 75% des personnes interrogées (...) ont reconnu éprouver, au minimum, "un peu de mal" pour payer le coût de soins, et elles sont 47.5% à avouer le faire "difficilement"* »<sup>3</sup>. Concernant ces derniers indicateurs, nos recherches documentaires n'ont pas pu nous révéler les chiffres actuels. Il est cependant certain que depuis 1998, ces indicateurs ont dû s'aggraver puisque le taux de pauvreté en 2007 se situait aux alentours de « 43% »<sup>4</sup> en Côte d'Ivoire.

---

<sup>1</sup>F. TANO, Diagnostic juridique des mutuelles de santé en Côte d'Ivoire, Appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de la zone UEMOA, Bureau International du Travail, Abidjan, juin 2006, p. 28.

<sup>2</sup> Idem, p. 23

<sup>3</sup>BUKARI C. A., DIOP F. P., ETTE J., EVRARD D., MARCADENT P., MASSIOT N., Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre: résumé de la synthèse et des études de cas, rapport technique n° 19 Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc., mai 1998, p. 6.

<sup>4</sup> "Le taux de pauvreté en Côte d'Ivoire se situerait aux alentours de 43%, soit une augmentation de 3 ou 4 points par rapport à 2002", a déclaré André Carvalho, directeur du PNUD en Côte d'Ivoire, lors d'une conférence de presse, en situant la pauvreté à un revenu inférieur à un dollar par jour (...)", Côte d'Ivoire : 43% de pauvreté, soit 3 ou 4 points de plus qu'en 2002 (ONU), jeudi 18 octobre 2007 par AFP, <http://news.abidjan.net/article/index.asp?n=269071>. Consultation du site le jeudi 25 septembre 2008.

Certes, il existe des coopératives agricoles qui constituent des mutuelles rurales. Le problème est que ces mutuelles rurales sont à l'état embryonnaire et fonctionnent sans avoir le même degré d'organisation que les mutuelles corporatistes précédemment évoquées. Les mutuelles rurales sont en butte à de grands problèmes d'ordre structurel et financier, ce qui fait que la protection sociale qu'elles fournissent est insuffisante.

Selon le rapport technique n° 19 **Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre: résumé de la synthèse et des études de cas**, *«En réalité, bien que les populations ressentent la nécessité d'une couverture médicale adaptée à leur mode de vie et à leurs revenus, aucun mécanisme susceptible de les aider à supporter le fardeau de la maladie, n'a été mis sur pied. En dehors des groupements de producteurs, il existe peu d'associations créées dans le but de venir en aide aux membres en difficulté. Lorsqu'elles existent, de telles associations n'accordent qu'une place marginale aux dépenses de santé. De leur côté, les organismes à caractère professionnel, essentiellement les groupements à vocation coopérative, alors même qu'ils disposent d'une assise financière susceptible de servir des objectifs socio-sanitaires, n'ont jamais su s'organiser en vue de répondre à la demande de santé émanant de leurs membres et des familles de ceux-ci »*<sup>1</sup>.

Le projet de l'Assurance Maladie Universelle (AMU), initié en 2001 par le gouvernement ivoirien, semblait être la solution idéale à toutes les difficultés susmentionnées car il offrait une couverture maladie et maternité totale à toutes les populations, qu'elles soient issues des zones rurales ou urbaines. Malheureusement l'Assurance Maladie Universelle est demeurée au stade de projet<sup>2</sup>. Au-delà de ces problèmes on observe spécifiquement une certaine réticence de la part des agriculteurs, quant à l'idée d'adhérer à toute organisation.

---

<sup>1</sup> BUKARI A. C., DIOP F. P., ETE J., EVRARD D., MARCADENT P., MASSIOT N. May 1998. Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre: résumé de la synthèse et des études de cas. Technical Report No. 19. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc., mai 1998, p. 6.

<sup>2</sup> Son application a été différée en raison des événements politiques de septembre 2002 qui ont partagé le pays en deux et gelé son économie.

Cette réticence pose un grand problème de communication pour le changement de comportement. Pour la petite histoire, elle a été à la base des difficultés que le Fonds de Garantie des Coopératives Café-Cacao (FGCCC) a connues pour accroître le niveau d'adhésion des producteurs au mouvement coopératif et par ricochet les préparer à l'Assurance Maladie Universelle. En effet, *« en Côte d'Ivoire, les coopératives café-cacao n'arrivent pas encore à ce jour à collecter 20 % de la production nationale »*<sup>1</sup>. Cela provient du fait que *« les producteurs villageois, bien que souvent membres de ces organisations professionnelles, préfèrent vendre leurs produits au premier acheteur qui se présente avec des espèces sonnantes et trébuchantes »*<sup>2</sup>. Ils trouvent que *« le système dépôt-vente pratiqué par les coopératives ne les arrange pas »*<sup>3</sup>. Il semble que ce manque de confiance provienne entre autres de l'inadéquation entre les services proposés par les Groupements à Vocation Coopérative et les préoccupations réelles de leurs adhérents. *« Alors que la demande d'une couverture médicale est très forte, aucune des organisations actives dans la zone d'enquête, n'a su élaborer des réponses adéquates pour prendre en charge ce besoin. Les Groupements à Vocation Coopérative, qui auraient pu développer des activités de prestataires de financement pour la santé, sont impuissants à redéployer leurs activités sur les domaines de préoccupation de leurs adhérents. Ce manque d'initiatives leur vaut un désintérêt croissant de la part de leurs membres et affaiblit considérablement la confiance des coopérateurs en leurs organisations »*<sup>4</sup>.

Quand on considère la noblesse du but visé par l'AMU, on se pose naturellement la question suivante : Quand est-ce que ce projet reprendra-t-il vie ?

Nous nous demandons s'il faut attendre et espérer que le projet AMU reprenne vie un jour. Même si l'AMU s'instaurait, un problème se poserait. L'Assurance

---

<sup>1</sup> [Notre Voie](#) (Abidjan), Côte d'Ivoire: *Projet d'assurance-maladie en milieu rural - Le FGCCC prépare les producteurs à l'AMU*, Publié sur le web le 25 Février 2008, Envoyé spécial, Robert Krassault, <http://www.notrevoie.com/>, site consulté le lundi 23 juin 2008.

<sup>2</sup> Idem.

<sup>3</sup> Idem.

<sup>4</sup> BUKARI A. C., DIOP F. P., ETTE J., EVRARD D., MARCADENT P., MASSIOT N. May 1998. *Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre: résumé de la synthèse et des études de cas*. Technical Report No. 19. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc., Mai 1998, pp. 6 et 7.

Maladie Universelle est obligatoire au même titre que les autres mutuelles existantes (Fonds de Prévoyance Militaire, Fonds de Prévoyance de la Police Nationale etc.). Or « *le caractère obligatoire conduit à une concurrence de prélèvements obligatoires : l'AMU et la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et agents de l'Etat de Côte d'Ivoire ou l'AMU et la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale. Les salariés ou fonctionnaires moyens pourraient-ils supporter ces doubles prélèvements ? L'obligation de cotiser à l'AMU n'engendrerait-elle pas des démissions de ces mutuelles et institutions de prévoyance sociales ?* »<sup>1</sup>. L'AMU constituerait donc une mutuelle de plus dans le paysage déjà très chargé de la mutualité ivoirienne. Cela pourrait envenimer la situation des mutualistes des présentes mutuelles de santé qui, selon le rapport TANO, se plaignent du poids des cotisations. « *Le problème du chevauchement se pose déjà, à l'exemple des plaintes exprimées par des membres du Fonds de Prévoyance de la Police Nationale qui trouvent surabondantes les cotisations payées à la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire* »<sup>2</sup>. A travers leurs plaintes, nous décelons un certain manque de communication entre les mutualistes et leurs prestataires. En effet, concernant la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire, « *les statuts (article 11) ainsi que le règlement intérieur (article 45) prévoient expressément que le membre peut démissionner* »<sup>3</sup>. Il en est de même pour le Fonds de Prévoyance de la Police Nationale dont le règlement stipule que « *la qualité de membre est de facto obligatoire. Mais il est possible de démissionner ou d'être exclu du fonds (article 9 des statuts)* »<sup>4</sup>. Les plaintes tendent à montrer que les mutualistes ignorent cette possibilité. Cela semble donc prouver qu'il se pose un réel problème de communication entre les mutualistes et leurs prestataires de services. Attendre l'établissement de l'AMU ne semble pas être la solution, vu qu'elle soulève un certain nombre de considérations à étudier attentivement.

---

<sup>1</sup> TANO F., *Diagnostic juridique des mutuelles de santé en Côte d'Ivoire*, Appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de la zone UEMOA, Bureau International du Travail, Abidjan, juin 2006, p. 32.

<sup>2</sup> Idem, p. 34.

<sup>3</sup> Idem, p. 9.

<sup>4</sup> TANO F., *Diagnostic juridique des mutuelles de santé en Côte d'Ivoire*, Appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de la zone UEMOA, Bureau International du Travail, Abidjan, juin 2006, p. 17.

Il faut donc songer à d'autres solutions. C'est ce que nous nous proposons de faire dans le présent mémoire. La réalisation de ce travail nous impose donc de nous poser des questions essentielles.

### **I/3- Questions de recherche**

Au vu des données présentées il semble a priori qu'il n'existe pas de problème de volonté d'adhésion au niveau des artisans et des personnes sans emploi. Puisqu'il a été remarqué un manque de volonté d'adhésion de la part des gens exerçant des métiers agricoles, il nous faut prioritairement considérer la question suivante :

*- Quelle stratégie de communication faut-il mettre en place pour convaincre les personnes exerçant des métiers agricoles d'adhérer à une mutuelle de santé?*

Compte tenu du constat de l'inadéquation entre les services proposés par les Groupes à Vocation Coopérative et les aspirations des agriculteurs, la question suivante s'impose:

*- Quel dispositif communicationnel une mutuelle de santé doit-elle mettre en place pour être toujours au courant des besoins réels de ses souscripteurs ?*

Le problème de manque de communication entre les souscripteurs des mutuelles corporatistes existantes et leurs prestataires, inspire la question suivante :

*- Quelle stratégie de communication faut-il utiliser pour garantir un contact permanent entre les mutualistes et leurs prestataires ?*

### **I/-4- Enoncé des objectifs de recherche**

#### **I/4-1- Objectif général**

L'objectif général de notre travail est *d'élaborer et de proposer aux gouvernants ivoiriens un modèle de mutuelle de santé qui sera une fusion des*

*mutuelles de santé existantes et qui fonctionnera sur le principe de l'entraide communautaire (ou notion de solidarité).* Le but visé par cette notion de solidarité est de permettre aux couches les plus vulnérables précédemment citées d'accéder plus facilement aux soins. Nous sommes donc dans une dynamique d'entraide communautaire où, de façon caricaturale, "les plus démunis peuvent s'appuyer sur les plus nantis".

Cette nouvelle mutuelle sera régie par la loi du 1<sup>er</sup> avril 1898 relative aux sociétés de secours mutuels. En effet, de par son caractère trop vaste, la loi n°60-315 du 21 septembre 1960 relative aux associations « *ne semble pas indiquée pour régir les mutuelles. Sans doute est-ce pour cette raison que les mutuelles lui ont préféré la loi du 1<sup>er</sup> avril 1898 relative aux sociétés de secours mutuels* »<sup>1</sup>.

#### **I/4-2- Objectifs spécifiques**

Ils sont au nombre de deux et découlent de l'objectif général. Ils consistent à :

- *Elaborer une communication pour le changement de comportement à l'adresse des populations agricoles.*

- *Elaborer une meilleure politique de communication entre mutualistes et prestataires de services.*

Les raisons du choix de ces deux objectifs sont respectivement liées au fait que les agriculteurs sont réticents à intégrer la mutualité et que les souscripteurs des mutuelles actuelles semblent ne pas bien connaître l'ensemble de leurs prérogatives.

#### **I/-5- Formulation des hypothèses de recherche**

Une hypothèse de recherche, selon R. QUIVY et L. Van CAMPENDHOUDT, est « *une réponse provisoire à la question de départ*<sup>2</sup> ». A partir de cette définition, nous allons faire les propositions suivantes :

---

<sup>1</sup> TANO F., Diagnostic juridique des mutuelles de santé en Côte d'Ivoire, Appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de la zone UEMOA, Bureau International du Travail, Abidjan, juin 2006, p. 20.

<sup>2</sup> QUIVY R. et Van CAMPENDHOUDT L., Manuel de recherche en sciences sociales, Dunod, Paris, 1995, P. 136.



### **I/5-1- Hypothèse principale**

En dépit des indicateurs du pouvoir d'achat en Côte d'Ivoire, nous formulons l'hypothèse suivante :

*- La faiblesse du pouvoir d'achat n'est pas susceptible d'empêcher les agriculteurs, les artisans et les personnes sans emploi de souscrire à cette nouvelle mutuelle de santé.*

### **I/5-2- Hypothèses secondaires**

L'imperfection de la communication entre les mutuelles et leurs mutualistes nous fait supposer que :

*1- Les mutuelles de santé ivoiriennes initient peu d'action de communication à l'adresse de leurs mutualistes.*

Les mutualistes se plaignent du poids des cotisations. Cela est dû au fait qu'ils sont inscrits dans plusieurs mutuelles à la fois. Bien que nous jugions cette situation assez préoccupante, nous supposons quand même que :

*2- Le principe d'entraide communautaire de la mutuelle que nous proposons n'entraînera pas le refus d'adhésion des mutualistes.*

## I/-6- Revue de la littérature

### I/6-1- Ecrits empiriques

Comme nous venons de le dire, c'est spécifiquement l'état alarmant de l'ensemble du système sanitaire en Côte d'Ivoire (et en Afrique Occidentale) qui a fait l'objet de maintes études et recherches scientifiques. En effet, *« les urgences des hôpitaux de la Côte d'Ivoire, et plus particulièrement ceux des différents CHU, ne jouissent pas d'une bonne réputation, vu le fait que les taux de mortalité y seraient élevés »*<sup>1</sup>.

Il suffit de lire les articles de presse rédigés, dans "**L'APPEL**", par BAMBA S. et FOFANA M. ainsi que les faits divers quotidiens dans les journaux ivoiriens pour se rendre compte de la difficulté d'accès aux soins dans le système sanitaire du pays<sup>2</sup>. A travers leur livre "**Une médecine inhospitalière : Les Difficiles Relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest**", J.-P. O. de SARDAN et Y. JAFFRE vont largement plus loin que le cas ivoirien. En effet cette œuvre démontre de façon irrécusable à quel point les malades sont trop souvent mal reçus, mal traités et mal soignés par le personnel de santé dans les centres de santé publics d'Afrique de l'Ouest.

En Côte d'Ivoire il semble que le difficile accès aux soins pour les couches vulnérables de la population provient de l'annulation de la gratuité des soins dans les années 90, suite au manque de subventions gouvernementales. En effet, *« moins de trois décennies après les indépendances, les pays africains francophones (mais aussi les autres) sont obligés de renoncer à la santé gratuite pour tous, philosophie qui prévalait dans une offre publique de soins omniprésente. Le paiement des actes de soins (recouvrement des coûts) instauré au début des années quatre-vingt-dix ne*

---

<sup>1</sup>Informations prélevées sur [http://aihci.org/formation\\_continue.htm](http://aihci.org/formation_continue.htm) , consultation du site le mardi 11 novembre 2008.

<sup>2</sup> L'APPEL, bimestriel d'analyses et d'informations sur les droits humains en Côte d'Ivoire, Le droit à la santé en péril : il faut faire quelque chose ; Les traitements dégradants et inhumains font surface dans nos hôpitaux et centres hospitaliers ; l'Etat doit sévir, articles de l'édition n° 20 de février-mars 2008, pp. 1 et 8.

*permet pas d'autofinancer l'appareil sanitaire, qui obtient de moins en moins de financement étatique »<sup>1</sup>.*

Le département de la santé en Côte d'Ivoire ne bénéficie que de « 6% du budget national »<sup>2</sup>. Cette part que l'Etat ivoirien alloue à la santé « est jugée insuffisante. A en croire l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), chaque Etat africain doit atteindre au moins 15 % de budget national alloué à la santé »<sup>3</sup>. Le taux de pauvreté envenime la situation en fragilisant le niveau de vie de la population. On estime que « le taux de pauvreté en Côte d'Ivoire est aujourd'hui de l'ordre de 43%, en hausse de 3 ou 4 points par rapport au début de la crise en 2002 »<sup>4</sup>. Pire, « le taux de pauvreté est plus exponentiel dans les zones urbaines que dans les zones rurales »<sup>5</sup>. En outre, le secteur informel est plus que jamais en extension à cause de la montée du taux de chômage, l'Etat étant inapte à fournir du travail à tout le monde. En effet, « le développement du chômage urbain, conséquence logique de la crise économique, s'est accompagné de l'émergence et de l'essor du secteur informel. (...) Le secteur informel joue un rôle d'adoption des migrants et un rôle d'accueil des agents économiques exclus du secteur officiel. C'est une zone tampon entre le secteur traditionnel rural (le monde paysan où le troc est roi) et le secteur moderne. La fin du troc a chassé la population rurale vers le secteur informel faute d'être captée par la fonction publique. (...) La baisse sans cesse croissante du pouvoir des salariés

---

<sup>11</sup> GOBBERS D., Ingénieur-conseil en organisation, ingénierie du développement, membre de l'Association des professionnels de santé en coopération, article Côte d'Ivoire : les enjeux d'un système d'assurance maladie universelle, dans la rubrique *International*, Actualité et Dossier en Santé Publique n° 43, juin 2003, page 61. Parmi les conditionnalités posées par la Banque Mondiale pour poursuivre son appui financier à la Côte d'Ivoire (arrêté depuis 2000, faute de remboursement des traites régulières), six concernaient le secteur de la santé, parmi lesquelles figurait l'adoption des lois sur la généralisation du recouvrement des coûts des actes de santé dans toutes les formations sanitaires. Ainsi, étaient officiellement et clairement annoncés l'obligation pour les populations de participer au financement du système de santé, le recouvrement systématique des coûts relatifs aux actes de santé par les structures de soins, l'autonomie financière des principales formations sanitaires et le transfert partiel ou total, selon les cas, des charges de santé aux collectivités locales, grâce à une expérience de décentralisation lancée dès 1982 et réactivée en 1990.

<sup>2</sup> ANZOUMANA C., *Le Patriote*, 10 mai 2007, <http://fr.excelafrika.com/showthread.php?t=4524>, consultation du site le mardi 19 août 2008.

<sup>3</sup> Idem.

<sup>4</sup> <http://news.abidjan.net/article/index.asp?n=269071> . Consultation du site le mercredi 23 juillet 2008.

<sup>5</sup> « (...) il apparaît dorénavant que la pauvreté n'est plus considérée comme étant «seulement » un phénomène rural mais de plus en plus un problème urbain. En effet, durant les dernières années, la progression de la pauvreté en milieu urbain a été plus rapide que dans les campagnes. Par exemple, Grootaert (1994) a mis en évidence une multiplication par 4 de la pauvreté à Abidjan, et par 2 dans les autres villes ivoiriennes entre 1985 et 1988, alors que la pauvreté au niveau national a «seulement » augmenté d'un facteur de 1,5. Jones et Ye (1997) ont montré qu'au début des années 1990, la pauvreté urbaine a augmenté plus rapidement que la pauvreté rurale et qu'elle n'a pas diminué dans l'année qui a suivi la dévaluation. », Extrait du document de travail DIAL / Unité de Recherche CIPRE 2001 de GRIMM Michael, GUENARD Charlotte, MESPLE-SOMPS Sandrine, *Evolution de la pauvreté urbaine en cote d'ivoire : une analyse sur 15 ans d'enquête ménages*, p. 4.

*exerçant dans le secteur moderne incite les ménages à rechercher des revenus complémentaires dans le secteur informel* »<sup>1</sup> Face à autant de problèmes, plusieurs travaux (sous forme de rapports) ont été initiés par des institutions internationales. Par exemple le rapport n° 19 intitulé **"Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre: résumé de la synthèse et des études de cas"**<sup>2</sup> traite des mutuelles de santé de l'Afrique de l'Ouest (Mali, Côte d'Ivoire, Sénégal, Nigéria, Ghana, Bénin) et veut évaluer la contribution actuelle et potentielle des mutuelles de santé à l'amélioration du financement, de la fourniture et de l'accès aux soins de santé. Au niveau de la Côte d'Ivoire cette évaluation s'est effectuée dans un premier temps à travers l'analyse des Groupements à Vocation Coopérative (GVC) qui caractérisent le monde rural et plus précisément le monde agricole. Il a été remarqué que ces GVC ont tendance à ne pas satisfaire les besoins de santé de leurs adhérents. Ils se cantonnent uniquement dans la vente des productions agricoles et la fourniture d'intrants.

Evoquons à présent le rapport intitulé **"Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique"**<sup>3</sup> qui travaille sur l'insertion des personnes exerçant dans le secteur informel et de leurs familles dans la mutualité de santé au Sénégal, au Burkina Faso, en Guinée et au Bénin. Ce rapport a un lien certain avec notre travail car les personnes exerçant des métiers ruraux et les artisans sont généralement dans l'informel. Nous faisons la remarque que la Côte d'Ivoire ne figure pas au nombre des pays pris en compte par cette étude. Cette omission semble constituer une insuffisance dont souffre ce rapport rédigé par le Bureau international du Travail, ce qui renforce le caractère actuel de notre thème.

La spécificité du thème des deux rapports ainsi que leurs dates de production (respectivement 1998 et 2000) nous permettent de supposer qu'ils doivent figurer

---

<sup>1</sup> <http://www.africa-onweb.com/economie/secteur-informel.htm>. Consulté le mardi 22 juillet 2008.

<sup>2</sup> BUKARI A. C., DIOP F. P., ETE J., EVRARD D., MARCARENT P., MASSIOT N. May 1998. Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre: résumé de la synthèse et des études de cas. Technical Report No. 19. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc., mai 1998.

<sup>3</sup> Programme «Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté» (STEP) du Bureau International du Travail, Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique, Première édition 2000, Deuxième édition 2002, 56 pages.

dans la liste des travaux préparant l'avènement de l'Assurance Maladie Universelle (AMU). En effet, cette dernière était faite d'abord pour pallier la faiblesse du rendement des mutuelles (mise en évidence par le rapport n° 19). Enfin elle se destinait à prendre en charge toute la population ivoirienne du secteur formel comme informel (le secteur informel étant le plus lésé dans la mutualité ivoirienne, selon le **"Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique"**). Nous comprenons donc qu'un résultat certain et précis était en gestation mais il n'a pas pu être conduit à terme à cause de la guerre civile de 2002.

Par le fait de prodiguer des recommandations aux mutuelles, aux prestataires de soins de santé, aux gouvernements et aux bailleurs de fonds, le rapport **"Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre: résumé de la synthèse et des études de cas"** et le rapport **"Diagnostic juridique des mutuelles de santé en Côte d'Ivoire"** de F. TANO suivent, pour ainsi dire, le même ordre d'idée. Ces deux rapports ont eu les mêmes préoccupations de présenter les mutuelles et le diagnostic de leur efficacité. Cependant ils diffèrent sur certains points : tandis que le rapport de A. C. BUKARI et consorts traite les points essentiels du fonctionnement des mutuelles pouvant lui permettre de déduire leur degré d'efficacité, le rapport TANO s'appesantit sur le fonctionnement interne en matière juridique et c'est à la fin qu'est évoqué le constat selon lequel ces mutuelles de santé sont faibles sur le plan de l'efficacité.

Dans la même logique, le rapport **"Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre: résumé de la synthèse et des études de cas"** s'est intéressé aux coopératives et organismes divers relatifs aux mondes ruraux et urbains de plusieurs pays africains alors que celui de TANO présente les mutuelles urbaines et rurales, les mutuelles d'entreprise etc. de la Côte d'Ivoire. Le fait que F. TANO se soit appesanti sur le cas ivoirien uniquement est un détail intéressant.

En effet, outre la présentation juridique des mutuelles, ce rapport constate l'inexistence de la loi sur la mutualité en Côte d'Ivoire. L'existant consiste en un avant-projet de loi qui n'a pas encore été voté. La révélation de ce détail augmente

encore plus l'importance du rapport TANO car « *l'avant-projet, devenu loi, permettra aux mutuelles de jouer le rôle qui leur est dévolu dans le cadre de l'Assurance Maladie Universelle. Dès lors, il conviendra de réfléchir sur les relations que les mutuelles entretiendront avec l'AMU* »<sup>1</sup>. Ceci semble venir renforcer notre conviction qu'il faudrait trouver d'autres solutions que l'AMU. Sa mise en œuvre est en effet paralysée si cette loi n'est pas votée, vu que l'AMU veut cohabiter avec les mutuelles existantes. Or le non-vote de cet avant-projet ne semble pas nuire à la fusion des mutuelles existantes que nous voulons proposer aux gouvernants. Nous retenons donc que le travail de F. TANO vient en quelque sorte compléter le travail du rapport n° 19 et il approfondit spécifiquement le cas de la Côte d'Ivoire, mais prioritairement sur le plan juridique.

Par son orientation mi-juridique et mi-économique, le rapport "**Programme d'appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de la zone UEMOA, Microfinance, réglementation des IMF et microassurance**"<sup>2</sup> de L. LHERIAU a peu de lien direct avec le rapport TANO. En effet, LHERIAU va au-delà des lois et des mutuelles ivoiriennes. Il traite de la question d'harmonisation entre les lois juridiques et économiques régissant le fonctionnement des mutuelles subsahariennes, les lois économiques de l'Union Economique Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) et les lois juridiques de l'Organisation pour l'Harmonisation en Afrique du Droit des Affaires (OHADA). LHERIAU travaille sur la nécessité d'éviter des chevauchements, contradictions etc. entre toutes ces lois. Au vu de ce bref résumé sur le contenu de ce rapport on admet qu'il n'y a pas de lien évident avec le travail de F. TANO, mais cela ne les empêche pas d'être complémentaires d'un certain point de vue. En effet, nous avons fait le constat que ces deux rapports s'inscrivent tous dans le contexte de la construction

---

<sup>1</sup> TANO F., Diagnostic juridique des mutuelles de santé en Côte d'Ivoire, Appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de sante dans les pays de la zone UEMOA, Bureau International du Travail, juin 2006, p. 36.

<sup>2</sup> LHERIAU L., Programme d'appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de la zone UEMOA, Microfinance, réglementation des IMF et microassurance, Bureau International du Travail, Epargne Sans Frontière, Paris, novembre 2004.

d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de la zone UEMOA.

Le rapport de L. LHERIAU s'avère être, selon nous, un bon prolongement (et approfondissement) de la "**Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre: résumé de la synthèse et des études de cas**" même si, en plus du concept de la mutualité, LHERIAU explore d'autres concepts tels que: "micro finance", "micro assurance" etc. Il travaille à partir du fonctionnement général du secteur mutualiste des pays de la zone UEMOA, alors que le rapport "**Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre: résumé de la synthèse et des études de cas**" effectue ses travaux sur un échantillon d'associations mutualistes choisies à travers la Côte d'Ivoire, le Sénégal, le Mali, le Nigéria, le Ghana et le Bénin. Parmi tous les rapports que nous avons pu consulter, celui qui rassemble le plus grand nombre de domaines abordés est le "**Développement des mutuelles de santé en Afrique: une analyse comparative des approches et de leurs impacts**"<sup>1</sup> préparé par P. NDIAYE. Il s'agit d'un travail qui englobe plusieurs domaines (économique, financier, social, organisationnel, communicationnel etc.). Il faut remarquer qu'à part la "**Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre: résumé de la synthèse et des études de cas**" et le "**Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique**"<sup>2</sup>, tous les autres travaux se situent entre 2004-2007. Ceci semble indiquer que les gouvernants ont toujours l'intention d'instaurer un cadre favorable au lancement de l'AMU, la situation politique étant quelque peu stabilisée. Cependant, il n'y a encore aucun signe décisif de lancement de ce système de sécurité sociale qu'est l'AMU.

Même si tous ces travaux sont dans des domaines spécifiques quelques fois divergents, il n'en reste pas moins qu'ils se complètent plus ou moins. En effet,

---

<sup>1</sup> NDIAYE P., Développement des mutuelles de santé en Afrique: une analyse comparative des approches et de leurs impacts, juin 2006.

<sup>2</sup> La Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre: résumé de la synthèse et des études de cas et le Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique, rappelons-le, sont respectivement publiés en 1998 et 2002

certaines rapports se recoupent directement tandis que d'autres peuvent être indirectement mis en relation. Tous ces travaux semblent en fait se présenter les uns par rapport aux autres comme les pièces d'un même puzzle. Néanmoins certains travaux nous seront plus utiles que d'autres.

Dans ce sens, nous nous appuierons particulièrement sur le travail de F. TANO. Nous nous inspirerons des informations données sur l'organisation et le fonctionnement des mutuelles pour élaborer le fonctionnement de la nouvelle mutuelle de santé que nous voulons proposer. Les renseignements sur le choix des diverses prestations d'une mutuelle de santé, fournis par le rapport intitulé "**Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique**"<sup>1</sup>, sont susceptibles de nous être utiles durant l'édification des prestations de notre mutuelle de santé. La "**Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre: résumé de la synthèse et des études de cas**" et le "**Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique**" nous permettent de prendre connaissance des réactions des agriculteurs défavorisés et des comportements décevants des coopératives. Ces informations peuvent entrer en ligne de compte dans l'établissement de notre stratégie de communication pour le développement. Cette stratégie élaborée à l'intention des agriculteurs sera essentiellement basée sur la garantie que leurs besoins seront pris en compte.

## **I/6-2- Ecrits théoriques**

Pour parvenir aux objectifs fixés en début de travail, il existe plusieurs concepts autour desquels nous pourrions axer notre mémoire :

- Le **concept de l'Information, l'Education et la Communication (IEC)** qui est *l'«ensemble des techniques, moyens et matériel permettant de transmettre des messages afin d'aboutir à un changement de comportement. C'est l'art d'accompagner des personnes pour une acquisition de connaissances et de nouveaux*

---

<sup>1</sup> Programme «Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté» (STEP) du Bureau International du Travail, Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique, Première édition 2000, Deuxième édition 2002, 56 pages.



*apprentissages en vue d'un changement de comportement* »<sup>1</sup>. Dans le concept de l'IEC les éléments de communication suivants sont très importants : la notion de dialogue entre le communicateur et la cible, le retour des informations et l'entente accrue entre les différents acteurs, le changement de comportement que la communication peut procurer, l'analyse des préoccupations des groupes de populations sur laquelle il faut insister, de même que leurs besoins et leurs pratiques en cours.

- le **concept de la Communication pour le Développement** qui « *consiste en l'utilisation de façon planifiée et organisée des techniques et des moyens de communication (médiatiques et non médiatiques) pour promouvoir le développement, à travers un changement d'attitude et/ou de comportement, en diffusant l'information nécessaire et en suscitant la participation active et consciente de tous les acteurs, y compris des bénéficiaires du processus* »<sup>2</sup>. Afin de mettre en œuvre une communication pour le développement, « *l'on doit concevoir des stratégies à partir d'une bonne connaissance du contexte ou milieu, mobiliser des ressources, élaborer des messages appropriés et en organiser la circulation vers ou entre les personnes concernées (cibles, bénéficiaires, acteurs, participants) à travers des canaux et gérer ce processus pour obtenir un impact dans le sens du développement* »<sup>3</sup>.

- le **concept de la Communication pour le Changement de Comportement (CCC)** qui se définit ainsi : « *c'est un ensemble de réactions, des conduites conscientes et inconscientes d'un sujet ; le changement de comportement est caractérisé par la modification d'une action et d'une façon de se comporter.* »<sup>4</sup>.

Concernant ces notions, nous notons l'existence de divers ouvrages de méthodologie. Citons le "**Module de formation en communication pour le changement de comportement (CCC), manuel de l'animatrice ou de**

---

<sup>1</sup> Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement (CCISD), projet d'appui à la lutte contre le sida en Afrique de l'Ouest/Sida 3, SECK A., Module de formation en communication pour le changement de comportement (CCC), manuel de l'animatrice ou de l'animateur, juin 2003, p.8.

<sup>2</sup> Groupe de la communication pour le développement, service de la vulgarisation, de l'éducation et de la communication, division de la recherche, de la vulgarisation et de la formation, département du développement durable, La communication pour le développement / Manuel ; Guide méthodologique d'élaboration d'une stratégie de communication multimédia, Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, Rome, 2002, p. 3.

<sup>3</sup> Idem.

<sup>4</sup> Idem.

**l'animateur"**<sup>1</sup>, qui montre les étapes d'élaboration d'une communication pour le changement de comportement et est réalisé dans le cadre du projet d'appui à la lutte contre le sida en Afrique de l'Ouest/sida 3. Le concept de l'IEC y est aussi traité et mis en relation étroite avec la CCC. Le manuel marque même une préférence pour la communication pour le changement de comportement par rapport au concept de l'IEC, car il semble que les activités d'IEC ne débouchent pas toujours sur un changement de comportement durable et qu'il faut, par conséquent, promouvoir une autre approche telle que la communication pour le changement de comportement. Cela pourrait se comprendre quand on considère que la CCC étudie le mécanisme du changement comportemental alors que l'IEC concerne l'usage des moyens de communication pour la transmission d'un message susceptible de provoquer un changement de comportement. La CCC constituerait donc une pièce maîtresse dans l'aboutissement des travaux d'IEC. Il existe encore d'autres manuels d'élaboration de programme de communication pour le changement de comportement, tels que "**La communication pour le développement/Manuel ; Guide méthodologique d'élaboration d'une stratégie de communication multimédia**"<sup>2</sup>. La différence entre ce guide et le manuel précédemment évoqué est que le guide méthodologique traite de la communication sociale. On pourrait se demander si cela constitue réellement une différence puisque nous pouvons remarquer, en lisant la définition de la communication sociale, que son exécution passe par l'utilisation de la CCC et de l'IEC. Donc la CCC et l'IEC sont imbriquées dans la notion de communication pour le développement. En effet, cette dernière étant un processus fait pour atteindre le public cible et ainsi obtenir un impact dans le sens du développement, elle ne peut se dérouler qu'à travers la mise en œuvre de la communication pour le changement de comportement (CCC). Les deux notions que sont donc la CCC et l'IEC interviendront essentiellement dans le mémoire. Bien sûr, on peut considérer que nous

---

<sup>1</sup> SECK A., Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement (CCISD), projet d'appui à la lutte contre le sida en Afrique de l'Ouest/Sida 3, Module de formation en communication pour le changement de comportement (CCC), manuel de l'animatrice ou de l'animateur, (juin 2003, 76 p.).

<sup>2</sup> Groupe de la communication pour le développement, service de la vulgarisation, de l'éducation et de la communication, division de la recherche, de la vulgarisation et de la formation, département du développement durable, La communication pour le développement / Manuel ; Guide méthodologique d'élaboration d'une stratégie de communication multimédia (Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, Rome, 2002, 144 p.).

faisons par la même occasion une communication pour le développement. Etant donné que cette dernière est faite à l'adresse d'une société (ici la société ivoirienne), on parle communément de communication sociale. Il existe des règles académiques que doit suivre tout mémoire s'inscrivant dans le domaine de la communication sociale.

Ces règles sont exposées dans plusieurs ouvrages tels que le "**Manuel de recherche en sciences sociales**"<sup>1</sup> ou encore les "**Méthodes des sciences sociales**"<sup>2</sup>. Grâce au "**manuel de recherches en sciences sociales**", nous pouvons par exemple correctement formuler nos questions, nos objectifs et hypothèses de recherches. Les "**Méthodes des sciences sociales**" nous fournissent également ces informations et nous permettent surtout de prendre connaissance avec les différentes méthodes proposées pour l'analyse des faits sociaux. Compte tenu du fait que ces deux ouvrages traitent de la rédaction d'un travail de communication, nous pouvons effectuer un rapprochement entre eux et notre référentiel de méthodologie de rédaction de mémoire intitulé "**Méthodologie de la recherche, de la problématique à la discussion des résultats, comment réaliser un mémoire, une thèse d'un bout à l'autre**"<sup>3</sup>. En effet, ce dernier constitue, au même titre que les deux premiers ouvrages, une référence pour la rédaction de travaux académiques de communication. Cependant, alors que cet ouvrage résume succinctement tout ce qu'un chercheur en communication doit connaître lorsqu'il fait son travail, les deux écrits précédemment évoqués vont plus loin. Ils exposent des explications d'ordre communicationnel, psychologique, voire philosophique sur des concepts et des paradigmes. Pour ce faire, ils peuvent illustrer par l'explication et l'analyse de divers faits sociaux.

Arrivé à ce point de notre travail, nous voudrions en rappeler ses deux objectifs spécifiques :

- *Elaborer une communication pour le changement de comportement à l'adresse des populations agricoles.*

---

<sup>1</sup> QUIVY R. & Van CAMPENDHOUDT L., Manuel de recherche en sciences sociales, Dunod, Paris, 1995, 290 pages.

<sup>2</sup> GRAWITZ M., Méthodes des sciences sociales, Dalloz, Paris, 9ème édition, 1996, 870 pages.

<sup>3</sup> N'DA P., Méthodologie de la recherche, de la problématique à la discussion des résultats, comment réaliser un mémoire, une thèse d'un bout à l'autre, (Editions Universitaires de Côte d'Ivoire, 2006, 159 p.).

- *Elaborer une meilleure politique de communication entre mutualistes et prestataires de services.*

Dans le cadre de la réalisation de ces objectifs, il existe divers ouvrages de communication qui sont susceptibles d'être utilisés. Citons "**Communication des entreprises, stratégies et pratiques**"<sup>1</sup> de L. DEMONT, A. KEMPF, M. RAPIDEL et C. SCIBETTA. Par ce livre, nous avons la latitude de connaître les techniques pour concevoir ou mettre en œuvre des actions de communication et d'en contrôler les résultats. Ce guide, permettant d'élaborer des stratégies et des actions de communication, en exploitant tous les outils disponibles et en évaluant les résultats, tient essentiellement compte du cadre européen. Ces stratégies ne peuvent pas être directement ainsi appliquées au cadre africain qui possède ses propres spécificités. Le problème ne se trouve pas forcément au niveau des méthodes d'élaboration des actions de communication. Il peut se trouver par exemple au niveau du choix des médias de communication. Les caractéristiques du contexte africain doivent être prises en compte au moment du choix de ces médias. C'est à cette prise en compte que s'est attelée "**La communication pour le développement durable en Afrique**"<sup>2</sup> de H. KONE et J.H. SY. Ce livre s'est, en effet, fixé l'objectif de mettre à la disposition des décideurs, étudiants et enseignants un certain nombre de textes sur la communication et le développement de l'Afrique. Il faut retenir que l'ouvrage est une sélection de textes de divers auteurs répartis en deux parties : la première porte sur les fondements de la communication pour le développement en Afrique, notamment les « *questions de problématique, de stratégies et d'utilisation des moyens de communication pour le développement* »<sup>3</sup>. La deuxième est composée d'études de cas émanant d'expériences de plusieurs pays et de réflexions de spécialistes en communication. Les auteurs nous proposent en fait leur démarche IEC qui, rappelons-le, constitue une dimension de la communication pour le développement, au même titre que la CCC. Cet état des choses nous amène à trouver un lien de complémentarité entre ces deux ouvrages que sont la "**Communication des entreprises, stratégies et**

<sup>1</sup> DEMONT L., KEMPF A., RAPIDEL M. et SCIBETTA C., *Communication des entreprises, stratégies et pratiques*, éditions Nathan, 1996, 384 pages.

<sup>2</sup> KONE H., SY J.H., *La communication pour le développement durable en Afrique*, 469 p.

<sup>3</sup> KONE H., SY J.H., *La communication pour le développement durable en Afrique*, p.14.

pratiques" et **"La communication pour le développement durable en Afrique"**. En effet, le premier présente les outils d'élaboration des stratégies de communication, tandis que le deuxième permet d'avoir une idée des conditions d'adoption de ces outils pour une réalisation efficace des stratégies de communication pour le développement en Afrique. Notons que d'autres ouvrages ont toutefois tenté d'adapter directement les méthodes européennes au contexte de l'Afrique.

Tel est le cas du livre intitulé **"Communication and development : critical perspectives"**<sup>1</sup> dont l'auteur, E.M. ROGERS, s'est focalisé sur l'applicabilité des modèles américains de recherche en Amérique Latine, en Asie, en Afrique etc. A l'instar de **"La communication pour le développement durable en Afrique"**, nous notons que plusieurs autres œuvres s'occupent spécifiquement du cas africain. Citons **"La participation populaire au développement en Afrique noire"**<sup>2</sup> de A.C. MONDJANNAGNI. Dans son livre, des cadres de l'Institut Panafricain pour le Développement (IPD) ont débattu des réalités et limites de la participation des populations à leur propre développement. Nous distinguons également **"La communication pour le développement rural, Instructions et directives à l'intention des planificateurs du développement et des élaborateurs de projets"**<sup>3</sup> produite par la FAO. Ce livre a pour objet de fournir un aperçu du rôle joué par la communication dans le développement rural. C'est une étude surtout destinée à fournir une orientation et des directives à ceux ayant la responsabilité d'identifier et d'élaborer des projets et des programmes de développement agricole et rural. Ce livre fait partie de la grande bibliographie de la FAO concernant ses réflexions sur la communication pour le développement en Afrique. En effet, nous pouvons noter l'existence d'une autre œuvre telle que **"La communication pour un développement à dimension humaine"**<sup>4</sup>. Dans ce livre rédigé pour le compte de la FAO, par C. FRASER et J. VILLET, les auteurs précisent, en un premier point, le rôle de la

<sup>1</sup> ROGERS E.M., Communication and development : critical perspectives, Beverly Hills/London/New dehli : Sage publications, 1976, 148 pages.

<sup>2</sup> MONDJANNAGNI A.C., La participation populaire au développement en Afrique noire, Paris :IPD/Karthala, 1994, 448 pages.

<sup>3</sup> FAO, La communication pour le développement rural. Instructions et directives à l'intention des planificateurs du développement et des élaborateurs de projets, Rome : FAO, 1994, 19 pages.

<sup>4</sup> FRASER C. et VILLET J., La communication pour un développement à dimension humaine, Rome : FAO, 1994, 36 pages.

communication participative ou IEC dans les contextes actuels de développement en soulignant que « *si le développement peut être comparé au tissage d'une étoffe par des millions d'êtres humains, le fil de la communication peut en tisser durablement la trame<sup>1</sup>* ». Dans le second point de leur œuvre, il nous est présenté les principes à respecter pour la réussite d'une communication pour le changement de comportement. Ces prescriptions s'appuient sur des exemples de projets IEC et CCC réalisés à travers le monde. Nous allons tenter, au cours de notre travail, de nous inspirer de ces écrits pour réaliser les tâches qu'impliquent les deux objectifs spécifiques de notre travail.

Nous avons dit qu'en utilisant la CCC et l'IEC pour notre mémoire, nous faisons ainsi une communication pour le développement, par la même occasion. Il faut noter que la Communication pour le Changement de Comportement contient plusieurs théories et modèles développés au fil des ans. Le but de ces théories et modèles est d'expliquer comment les gens modifient leurs comportements et d'identifier les principaux facteurs qui favorisent ce changement. Dans le cadre de ce travail, nous ne nous intéresserons qu'à ceux qui sont les plus prisés dans le domaine de la santé : le modèle des croyances relatives à la santé, la théorie sociale cognitive, la théorie de l'action raisonnée (TAR) et la théorie des comportements interpersonnels (TCI). Tous ces modèles théoriques cités ont en commun le fait qu'ils supposent la capacité du sujet à agir sur ses comportements et à éventuellement les modifier. A cause de cette caractéristique, nous pensons qu'ils doivent intervenir dans l'élaboration de la stratégie de communication pour le changement de comportement à l'adresse des agriculteurs.

#### ♦ Le modèle des croyances relatives à la santé

---

<sup>1</sup> Idem, p.5.

Conçu en 1974 par ROSENSTOCK<sup>1</sup>, il se base sur la capacité de chaque individu à choisir des actions pouvant anticiper une maladie, ceci parce qu'il possède des connaissances minimales en ce qui concerne sa santé. Cela n'est possible que dans la mesure où l'individu considère la santé comme une dimension primordiale de son existence. Ainsi, les agents sur lesquels l'acteur de prévention peut influencer sont la perception du risque et celle du rapport coût/bénéfice du comportement relatif à ce risque. Avant toute action, les notions de vulnérabilité et de conséquences liées à la prise de risques doivent être perçues par le public auquel on destine une intervention de prévention. Il s'agit alors de rendre perceptibles les gains susceptibles d'être obtenus par le changement du comportement, d'identifier la nature de la mutation devant être obtenue, d'avoir la capacité de mener à bien ce changement, et enfin de croire à l'efficacité de l'action entreprise.

#### ♦ La théorie sociale cognitive de Bandura

En 1986, BANDURA lancera sa théorie sociale cognitive (TSC). BANDURA<sup>2</sup> s'intéresse à l'interaction entre les comportements reliés à la santé. Il les considère comme le résultat d'apprentissages à partir des propositions et des actions de l'environnement de l'individu. La démarche qui sous-tend l'action de prévention vise donc à apprendre un nouveau comportement, à faire adhérer la personne à ce nouveau comportement, la convaincre de la validité de l'objectif visé. Ici, ce sont les processus cognitifs qui sont les premiers médiateurs du comportement; ainsi, les conséquences de la réponse seront utilisées pour façonner le traitement des futurs comportements et ceci avant même que le comportement ne soit engagé. De plus, la TSC stipule que la majorité des comportements sont appris par imitation. Pour la TSC, l'important apport de la cognition implique que la pensée est une force active qui construit la réalité de chacun d'entre nous, sélectionnant l'information et choisissant des comportements sur la base des attentes et des valeurs. Par le biais du feed-back et de

<sup>1</sup> M. F. E. ROSENSTOCK-HUESSY était un historien et sociologue américain d'origine juive-allemande. Converti au catholicisme et baptisé entre 1931-1932, il prit le pseudonyme Ludwig Stahl. A partir de cette période, certains de ses articles dans le magazine catholique *Highlands* sont signés avec le pseudonyme **Ludwig steel**.

<sup>2</sup> BANDURA A. est un psychologue canadien spécialisé entre autres en théorie sociale cognitive. En 1953, BANDURA a rejoint la faculté de psychologie de l'université Stanford où il est resté poursuivre sa carrière. En 1974 l'American Psychological Association l'a élu au poste de président.

la réciprocité, la réalité d'un individu se forme grâce à l'interaction de l'environnement et de la cognition. Cependant, le traitement de l'information (attention, mémoire, capacité d'utiliser des symboles, et habiletés de résolution de problèmes) change avec le temps, selon le niveau d'expériences et de maturation. La compréhension des processus impliqués dans la construction de la réalité de chacun d'entre nous permet la description du comportement, sa prédiction et la capacité de le changer.

#### ♦ La théorie de l'action raisonnée (TAR)

La théorie de l'action raisonnée a été proposée en 1975 par FISHBEIN et AJZEN<sup>1</sup>. Selon la théorie de l'action raisonnée (TAR), le comportement d'un individu est directement déterminé par son intention de réaliser ce comportement. À son tour, l'intention est fonction de deux variables : l'attitude de l'individu à l'égard de la réalisation d'un comportement et la norme subjective associée au fait d'adopter ce comportement. L'attitude est formée de l'ensemble des croyances quant aux conséquences de la réalisation du comportement, pondérées par l'importance que l'individu accorde à chacune de ces conséquences. Pour sa part, la norme subjective réfère à l'ensemble des croyances d'un individu quant à l'opinion des personnes ou des groupes de référence par rapport au fait qu'il réalise un comportement, multipliées par la motivation de l'individu à se conformer à l'opinion de ces personnes ou groupes.

#### ♦ La théorie des comportements interpersonnels (TCI)

La théorie de l'action raisonnée a été reprise par TRIANDIS<sup>2</sup> en 1977. Il note que de nombreux comportements se manifestent sans pour autant découler d'une volonté consciente. TRIANDIS intègre à ce modèle la force de l'habitude pour élaborer la théorie des comportements interpersonnels. Ce modèle introduit la notion des conditions extérieures à l'individu facilitant ou compliquant l'adoption du

---

<sup>1</sup> FISHBEIN est l'un des théoriciens les plus célèbres et les plus respectés de l'information-intégration. Quant à AJZEN, il est un éminent professeur de psychologie à l'université de Massachusetts.

<sup>2</sup> TRIANDIS H. est professeur de psychologie à l'université de l'Illinois.



comportement souhaité. Cette théorie, qui englobe la plupart des variables présentes dans les modèles précédents, se distingue cependant de ces derniers par un plus grand raffinement des construits proposés. En effet, selon la TCI, un comportement possède trois déterminants directs : l'intention, l'habitude et les conditions facilitant l'adoption.

### **I/-7- Cadre de référence théorique**

Les termes suivants peuvent prêter à confusion car recouvrant par moments des domaines quelque peu similaires : mutuelle, assurance, sécurité sociale. Il nous semble important de définir chacun de ces concepts puis d'établir les différences entre elles.

♦ Selon le Petit Larousse illustré, la mutuelle ou société mutualiste est « *un organisme de droit privé sans but lucratif, offrant à ses adhérents un système d'assurance et de protection sociale* »<sup>1</sup>. La mutualité désigne non seulement l'ensemble des sociétés mutualistes mais aussi un « *système de solidarité sociale (assurance, prévoyance) fondé sur l'entraide mutuelle des membres cotisants groupés au sein d'une même société à but non lucratif* »<sup>2</sup>. Le dictionnaire en ligne « la toupie » donne de la mutuelle une définition similaire aux précédentes : « *Une mutuelle ou société mutualiste est une association à but non lucratif qui offre à ses membres, appartenant à une même branche professionnelle, un système d'assurance ou de prévoyance volontaire*<sup>3</sup> ». Le membre d'une mutuelle se nomme mutualiste, cependant le terme « mutualiste » désigne aussi tout ce qui est relatif au mutualisme, tout ce qui est fondé sur ses principes.

♦ L'assurance se définit comme « *la garantie accordée par un assureur à un assuré de l'indemniser d'éventuels dommages, moyennant une prime ou une cotisation* » ; c'est aussi le « *document attestant cette garantie*<sup>4</sup> ». C'est donc un

---

<sup>1</sup> Le Petit Larousse illustré en couleurs, Larousse/HER, Paris, 1999, p. 683

<sup>2</sup> Dictionnaire Hachette encyclopédique, Hachette, Paris, édition 2001, p. 1268

<sup>3</sup> <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Mutuelle.htm>. Consultation du site le mercredi 12 novembre 2008.

<sup>4</sup> Le Petit Larousse illustré en couleurs, Larousse/HER, Paris, 1999, p. 92.

contrat qui est passé entre un individu et une compagnie d'assurances qui le garantit contre des risques éventuels.

♦ Selon Le Petit Larousse illustré, la sécurité sociale est « *l'ensemble des mesures législatives et administratives qui ont pour objet de garantir les individus et les familles contre certains risques, appelés risques sociaux ; l'ensemble des organismes administratifs chargés d'appliquer ces mesures* »<sup>1</sup>. La définition offerte par Hachette est toutefois plus simple : « *organisation officielle visant à assurer la sécurité matérielle des travailleurs et de leur famille en cas de maladie, d'accident du travail, de maternité, etc., et à leur garantir une retraite* »<sup>2</sup>.

E. BOSSERELLE<sup>3</sup>, quant à lui, définit la **protection sociale** comme suit: "la protection sociale peut être comparée à une gigantesque pompe aspirante et refoulante, qui opère des prélèvements pour les redistribuer".

De toutes ces définitions, nous retenons que la sécurité sociale désigne donc un système d'indemnisation géré par les administrations publiques et qui est destiné aux citoyens atteints par la vieillesse, ou victimes du chômage, des maladies, accidents, etc.

De façon certaine, il existe des différences entre mutuelle, assurance et sécurité sociale. Avant même d'évoquer les différences entre ces notions, notons qu'au niveau des mutuelles il en existe deux sortes : les mutuelles de santé et les mutuelles d'assurance. « *La mutuelle de santé, complémentaire santé ou assurance santé a pour but de rembourser tout ou une partie des dépenses de santé qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie obligatoire* »<sup>4</sup>. Garantissant à ses adhérents le complément des remboursements de la sécurité sociale, elle n'est pas obligatoire et est souscrite moyennant paiement d'une cotisation. Concernant les mutuelles d'assurance, on remarque qu'elles « *ne proposaient à l'origine que des contrats d'assurance*

---

<sup>1</sup> Idem, p.928.

<sup>2</sup> Dictionnaire Hachette encyclopédique, Hachette, Paris, édition 2001, p. 2100.

<sup>3</sup> E. BOSSERELLE est Maître de conférences habilité à diriger les recherches en Sciences économiques à l'Université de Reims.

<sup>4</sup> <http://www.references-web.com/detail-Mutuelle-sante-ou-complementaire.html>. Consultation du site le mercredi 12 novembre 2008.

*automobile ou habitation. Elles se sont progressivement diversifiées, notamment dans la santé. Elles partagent avec les mutuelles de santé les règles de fonctionnement démocratique et la non-lucrativité mais elles s'en distinguent par leur régime réglementé par le Code des assurances. De ce fait, elles échappent à l'interdiction de pratiquer la sélection des risques.<sup>1</sup> »*

A présent que cette précision est faite, voici plusieurs points sur lesquels une mutuelle se distingue d'une compagnie d'assurance :

- *« Le fonctionnement interne est égalitaire, il n'est pas lié à l'apport de capital : chaque adhérent possède une voix dans les délibérations (caractéristique de la société de personnes, à l'encontre de la société en participation de capital) ;*
- *les fonds propres varient selon les cotisations ;*
- *le but non-lucratif : tout excédent est réparti au sein de la mutuelle entre les membres ;*
- *les cotisations sont indépendantes du risque individuel de l'adhérent : il n'existe pas de sélection selon l'état de santé de l'adhérent (le questionnaire médical est interdit). Cependant, le risque est parfois partiellement maîtrisé par la catégorisation de la mutuelle (mutuelle d'enseignants, de cadres, d'étudiants...) ;*
- *elle est régie par le Code de la mutualité.<sup>2</sup>»*

Quant à la distinction entre mutuelles et sécurité sociale, elle réside dans le fait que :

- *« La Sécurité sociale est obligatoire, l'adhésion à une mutuelle est libre.*
- *La cotisation à la Sécurité Sociale dépend des revenus, la cotisation à une mutuelle est généralement fixe (sauf, par exemple, dans la fonction publique ou les armées où elle dépend des revenus).*
- *La gestion de la Sécurité Sociale est le fait d'un Conseil d'Administration où siègent l'État, le patronat et les syndicats ; la gestion d'une mutuelle est le fait*

---

<sup>1</sup> Idem.

<sup>2</sup> Idem.

*d'une Assemblée Générale et d'un Conseil d'Administration élus par l'ensemble des adhérents<sup>1</sup>».*

---

<sup>1</sup> <http://www.references-web.com/detail-Mutuelle-sante-ou-complementaire.html>. Consultation du site le mercredi 12 novembre 2008.

## Chapitre II/ Le cadre méthodologique

Dans cette partie, il sera question des différentes méthodes à utiliser dans notre travail, depuis les paradigmes explicatifs jusqu'aux techniques de collecte des données. Selon M. GRAWITZ, « *la méthode est l'ensemble des règles ou des procédés pour atteindre dans les meilleures conditions un objectif*<sup>1</sup> ».

### II/-1- Description des paradigmes explicatifs

Dans le cadre de notre travail nous utiliserons l'analyse systémique ainsi que l'individualisme méthodologique et l'approche stratégique.

#### - L'analyse systémique

Nous avons choisi l'analyse systémique car elle « *examine systématiquement la gestion de situations sociales caractérisées par un ensemble de rapports relativement stables où les acteurs doivent prendre des décisions* »<sup>2</sup>. Le choix de l'analyse systémique est motivé l'intérêt que nous portons au contenu d'une de ses trois démarches méthodologiques : [La modélisation "Structured Analysis Design Technics" \(SADT\)](#).

Cette démarche permet de décrire un ensemble d'éléments (objet, équipement) en interaction doté d'une structure, qui réalise des fonctions, dans un environnement actif, selon une finalité (c'est-à-dire un ensemble d'objectifs). La modélisation SADT est notamment utilisée dans l'électronique pour décrire les circuits en fonctions. Bien qu'elle soit utilisée dans l'électronique, nous voulons, par le biais de la méthode SADT, essayer de présenter et décrire avec autant de détails que possible le fonctionnement de notre projet de mutualité de santé.

#### - L'individualisme méthodologique et l'approche stratégique

Puisqu'il s'agit de proposer une nouvelle forme de mutualité à la société ivoirienne, nous avons choisi l'individualisme méthodologique et l'approche stratégique car l'acceptation de ce nouveau système dépend de l'appréciation gain-coût opérée par les couches sociales. Pour favoriser l'avènement de cette mutualité il

---

<sup>1</sup> GRAWITZ M., Méthode des sciences sociales, 9<sup>ème</sup> édition, Dalloz, Paris, 1993, p. 470.

<sup>2</sup> GINGRAS F.-P. cité par NDA P., Méthodologie de la recherche, de la problématique à la discussion des résultats, comment réaliser un mémoire, une thèse d'un bout à l'autre, Editions Universitaires de Côte d'Ivoire, 2006, p.72.

faut donc ne pas négliger les capacités de calcul, d'appréciation du gain-coût des acteurs en situation.

## **II/-2- Description des techniques de collecte des données**

En matière de communication, il existe diverses techniques pour la collecte d'informations primaires. En fonction de la nature des données, ces techniques de recueil se répartissent en deux groupes : les techniques dites quantitatives et les techniques dites qualitatives. Dans le cadre de ce mémoire, nous utiliserons uniquement les techniques de recherche quantitatives.

### **II/-2-1- Les techniques de recherche quantitatives**

Les techniques dites quantitatives « *fournissent des données numériques descriptives ou explicatives* »<sup>1</sup>. On distingue notamment le questionnaire, le sondage, les échelles d'attitude etc. Dans le cadre de notre travail nous privilégierons essentiellement le questionnaire.

Le questionnaire « *consiste à poser, par écrits, à des sujets une série de questions relatives à une situation, à leur opinion, à leurs attentes, à leur niveau de connaissance ou de conscience d'un problème, ou de tout autre point qui intéresse le chercheur. Elle nécessite des réponses écrites. L'enquête par questionnaire se distingue d'un simple sondage d'opinion par le fait qu'elle vise à vérifier des hypothèses* »<sup>2</sup>. Si nous utilisons le questionnaire, c'est justement pour vérifier les hypothèses émises dans notre travail. Ainsi donc la vérification de l'hypothèse émise sur la réaction des mutualistes, face aux implications de cette nouvelle mutuelle, nécessitera le questionnement de quelques souscripteurs. La vérification de l'hypothèse portant sur la capacité financière des agriculteurs, artisans et personnes sans emploi à souscrire à notre mutuelle, passe par le questionnement desdites couches sociales. La vérification de l'hypothèse portant sur l'inexistence de

---

<sup>1</sup> NDA P., Méthodologie de la recherche, de la problématique à la discussion des résultats, comment réaliser un mémoire, une thèse d'un bout à l'autre, Editions Universitaires de Côte d'Ivoire, 2006, p. 75.

<sup>2</sup> NDA P., Méthodologie de la recherche, de la problématique à la discussion des résultats, comment réaliser un mémoire, une thèse d'un bout à l'autre, Editions Universitaires de Côte d'Ivoire, 2006, p. 83.

communication entre les mutuelles et leurs souscripteurs, passe par le questionnement des responsables de quelques mutuelles corporatistes.

## **II/-3- Description du milieu, de la population et de l'échantillon**

### **II/-3-1- Le milieu**

Le cadre de notre étude varie en fonction des couches sociales à approcher :

♦ Pour interroger les agriculteurs nous nous sommes rendus dans la région d'Abengourou. L'histoire administrative du Département d'Abengourou remonte au 31 juillet 1896, date à laquelle le Gouverneur MOUTET créa le vaste cercle comprenant les Agni-Indénié et Djuablin avec pour premier Administrateur, CLOZEL et chef-lieu Zaranou. La loi n°69-241 du 09 juin 1969 portant découpage administratif de la République de Côte d'Ivoire a érigé Abengourou en département. Le sol, par endroit granitique et ferralitique et comprend des zones de bas-fonds et de marécages, est propice aux cultures pérennes, maraîchères, rizicoles et bananières. Le marché des cultures vivrières d'Abengourou connaît quelques problèmes. En effet l'Office d'Aide à la Commercialisation des Produits Vivriers a découvert, après enquête, que les marchés locaux ne sont pas bien approvisionnés. De plus, les prix des produits vivriers sont élevés, pour les raisons suivantes:

« - les producteurs et les commerçants n'étant pas regroupés en coopérative, ils ne peuvent mener des actions communes et bénéficier de formation ;  
- le coût du transport est élevé et les tracasseries routières sont nombreuses ;  
- l'état des routes ne permet pas l'accès des véhicules à certains villages pour le chargement des produits<sup>1</sup> ».

♦ Quant à interroger l'ensemble des mutualistes, des responsables de mutuelles, des artisans et des personnes sans emploi, nous les avons rencontrés à Abidjan, capitale économique de la [Côte d'Ivoire](#). Considérée comme le carrefour culturel [ouest-africain](#) voire [africain](#), Abidjan connaît une perpétuelle croissance caractérisée par une forte industrialisation et une [urbanisation](#) galopante. Abidjan est subdivisée en

---

<sup>1</sup> Informations tirées de <http://www.abengourou.info/>. Consultation du site le samedi 18 octobre 2008.

plusieurs communes : Cocody, Plateau, Adjamé, Yopougon etc. Pour les besoins de notre enquête, nous nous limiterons aux communes du Plateau et de Cocody. Au Plateau, nous interrogerons les responsables de mutuelles. A Cocody nous interrogerons les artisans et les personnes sans emploi. En ce qui concerne les mutualistes, nous en interrogeons aussi bien dans les quartiers du Plateau que de Cocody. Les mutuelles corporatistes qui ont été soumises à notre questionnaire sont la MUGEFCI et le FPM. Ces deux structures sont situées au Plateau.

### II/-3-2- La population

♦ La population d'Abengourou se compose d'autochtones Agni, dans une proportion de 50 % de la population totale. L'autre moitié de 50% regroupe les Baoulé, Abron, Sénoufo, Malinkés, Sénégalais, Guinéens, Nigériens, Béninois et quelques Libano-Syriens. Les dernières statistiques donnent la répartition par sexe suivante : « 151 589 hommes, soit 53%, et 136 642 femmes, soit 47%<sup>1</sup> ». L'équilibre numérique entre autochtones d'une part, et allogènes et étrangers d'autre part, trouve une explication dans le dynamisme de l'activité agricole de la région, longtemps considérée comme une zone d'attraction pour ces populations. La densité de la population est de « 55 habitants au km<sup>2</sup> »<sup>2</sup>.

Sur le plan sanitaire, les statistiques montrent que les principales affections sont « le paludisme (47 586 cas envisagés), les infections sexuellement transmissibles (2 542 cas dont 281 pour le SIDA), la tuberculose (321 cas). Heureusement le nombre d'accouchements est élevé (10547 cas dont 10161 pour les naissances vivantes)<sup>3</sup> ». Pour améliorer ces indicateurs, plusieurs programmes sanitaires y sont exécutés. Ainsi donc on distingue :

- le Programme de lutte contre le ver de guinée ;
- le Programme Elargi de Vaccination « (environ 80 000 vaccins dont environ 36 000 contre la méningite et 39 000 contre le tétanos ont été enregistrés au niveau de l'Antenne Régionale de l'Institut National d'Hygiène Publique)<sup>4</sup> ».

---

<sup>1</sup> Informations tirées de <http://www.abengourou.info/>. Consultation du site le samedi 18 octobre 2008.

<sup>2</sup> Idem.

<sup>3</sup> Idem.

<sup>4</sup> Informations tirées de <http://www.abengourou.info/>. Consultation du site le samedi 18 octobre 2008.



Il existe des projets en cours. Il s'agit des projets cofinancés par l'Etat de Côte d'Ivoire et les bailleurs de fonds internationaux. Citons par exemple le [projet santé ivoiro-belge](#) ou Appui Global à la Région sanitaire du Moyen-Comoé. D'un coût total de 4,100 milliards de francs CFA, ce projet financé à environ 700 millions par l'Etat de Côte d'Ivoire et environ 3,4 milliards par la coopération belge, porte sur divers points tels que la formation du personnel, la lutte contre le SIDA etc. Il faut noter qu'avec le concours d'autres bailleurs de fonds, les anti-rétroviraux « *sont disponibles à Abengourou à moindre coût depuis août 2004<sup>1</sup>* ».

♦ Concernant Abidjan<sup>2</sup>, l'état sanitaire de la population locale est caractérisé par des cas de plus en plus fréquents de tuberculose, des cas rares de lèpre. La toxicomanie constitue un grand mal de la population locale. A Cocody, comme dans les dix communes d'Abidjan, la gestion des ordures est problématique. En fait, les ordures sont un problème commun à toutes les communes d'Abidjan et les maladies qui en découlent sont le lot commun de toutes les populations. En effet « *les risques de maladies telles que le choléra, la fièvre jaune urbaine, la fièvre typhoïde, les infections pulmonaires, les maladies respiratoires aiguës, etc. sont souvent la conséquence de l'insalubrité grandissante due aux ordures et autres déchets urbains. (...) selon des sources au sein de la structure, ce serait plus de 20 sociétés de ramassage qui se partageraient la tâche au niveau de la ville d'Abidjan. Malgré cette volonté de l'Etat d'offrir un cadre sain et propre aux populations, les problèmes dans ce domaine semblent croissants. Les ordures sont encore là dans les rues attendant parfois plusieurs semaines avant d'être enlevées<sup>3</sup>* ». La commune de Cocody est coquette et d'un haut standing. Mais dans ce quartier luxueux, on note aussi la présence de résidences précaires.

### II/-3-3- L'échantillon

---

<sup>1</sup> Idem.

<sup>2</sup> Les informations concernant Abidjan proviennent de <http://www.mfe.org/Default.aspx?SID=12628>. Consultation du site le dimanche 19 octobre 2008.

<sup>3</sup> <http://news.abidjan.net/article/?n=304826>, consultation du site le dimanche 19 octobre 2008.

Parmi les nombreuses zones agricoles que renferme la Côte d'Ivoire, nous avons choisi par tirage au sort Abengourou. Dans la ville d'Abengourou, nous avons interrogé essentiellement les agriculteurs. Pour notre mémoire, nous nous sommes limités à quatorze (14) agriculteurs, toutes productions confondues. Nous espérons ainsi obtenir les avis de diverses catégories d'agriculteurs. L'échantillon que nous avons constitué est un échantillon aréolaire.

Quant aux responsables à rencontrer, nous prévoyons de constituer un échantillon aréolaire. S'agissant des structures mutualistes se trouvant au Plateau, nous voulons en interroger essentiellement deux. Nous avons alors tiré au sort entre la MUGEFCI, le Fonds de Prévoyance Militaire et le Fonds de Prévoyance de la Police Nationale. Le choix s'est porté sur la MUGEFCI et le Fonds de Prévoyance Militaire. Dans chacune des dites mutuelles de santé, nous comptons interroger une seule personne-ressource. Le nombre des responsables interrogés composant cet échantillon aréolaire s'élève donc à deux (02).

Pour connaître l'opinion des mutualistes sur notre projet, nous voulons interroger quatorze (14) souscripteurs des mutuelles de santé actuelles. Pour un bon résultat, nous prévoyons de constituer un échantillon avec des souscripteurs de n'importe quelle mutuelle de santé corporatiste. L'échantillon est de type aréolaire<sup>1</sup> et est constitué de personnes provenant de Cocody et du Plateau.

Il en est de même pour les artisans et les personnes sans emploi. Les échantillons sont de type aréolaire et sont constitués respectivement de quatorze (14) artisans et quatorze (14) personnes sans emploi. L'échantillon des artisans est constitué de toutes personnes exerçant des travaux manuels dans les rues de Cocody (coiffeurs, tresseuses, couturiers etc.). En ce qui concerne les personnes sans emploi, nous nous sommes rapproché des étudiants. Pour cela nous avons tiré au sort entre la cité Rouge et la cité Mermoz. C'est sur cette dernière que le choix s'est porté.

---

<sup>1</sup> « Lorsqu'on ne dispose pas d'une liste complète des individus composant la population cible mais plutôt d'une carte géographique, d'une photo, ou d'un plan qui fait office de listes, on peut par tirage systématique déterminer les éléments qui constitueront l'échantillon. On tire au sort des zones à prospecter : des villes, des villages, des quartiers, des îlots, des immeubles... Cette procédure peut être utilisée en milieu urbain et rural. » P. NDA, Méthodologie de la recherche, de la problématique à la discussion des résultats, comment réaliser un mémoire, une thèse d'un bout à l'autre, Editions Universitaires de Côte d'Ivoire, 2006, p.104.

## **II/-4- Description du déroulement de la collecte des données**

Concernant le déroulement de la collecte des données, nous avons élaboré des questionnaires pour chaque échantillon. Il y en a un qui est spécifiquement conçu à l'intention des responsables de mutuelles et un autre spécifiquement conçu pour les mutualistes. Quant aux agriculteurs, aux artisans et aux personnes sans emploi, nous leur avons élaboré un questionnaire unique.

Pour interroger les agriculteurs, nous nous sommes rendus à Abengourou. Sur place, les prêtres de la mission catholique d'Abengourou nous ont accordé leur aide pour joindre facilement les agriculteurs. Notre échantillon était constitué d'agriculteurs de diverses cultures (hévéa, riz, banane etc.). Quand les prêtres ont exposé la situation aux agriculteurs, ils ont accepté spontanément de se soumettre à notre questionnaire. C'est ainsi que nous avons constitué notre échantillon de quatorze (14) agriculteurs. Nous avons essayé de ne pas prendre plus de deux fois des agriculteurs produisant les mêmes cultures, afin d'avoir un échantillon aussi riche que possible. En raison de la proximité de la date de dépôt des mémoires, nous avons juste passé vingt-quatre (24) heures à Abengourou pour recueillir nos informations.

Pour interroger les responsables de mutuelle, il a préalablement fallu que l'administration de notre université nous délivre des demandes d'autorisation d'enquête. Nous avons donc présenté ces dernières au sein des structures mutualistes ciblées. Il faut noter que chaque demande porte expressément le nom d'une des deux structures mutualistes que nous voulons interroger. Au sein de la MUGEFCI, nous avons demandé à rencontrer une personne-ressource susceptible de nous fournir des informations dans le cadre de notre mémoire. C'est vers le Directeur des Ressources Humaines que l'on nous a orienté. C'est donc lui qui a mis à notre disposition les informations attendues. Nous avons demandé ensuite son autorisation pour le filmer dans le cadre de la production audiovisuelle obligatoire que nous devons présenter lors de la soutenance. Il nous a demandé d'écrire d'abord au Directeur Général et qu'il n'y aurait pas de problème si ce dernier donne son aval. Pour retrouver l'emplacement de la MUGEFCI, nous n'avons pas connu de difficultés. En revanche, c'est dans notre tentative de joindre le Fonds de Prévoyance Militaire que nous avons connu quelques

difficultés parce qu'arrivé du Bénin, nous ne maîtrisons pas encore les artères de la ville d'Abidjan.

Au Fonds de Prévoyance Militaire, nous avons exprimé le désir de rencontrer toute personne-ressource apte à nous fournir des informations dans le cadre de notre mémoire. Une fois de plus, nous avons été orienté vers le Directeur des Ressources Humaines. Ce dernier nous a dirigé vers le Responsable de la Communication. C'est finalement lui qui nous a fourni toutes les informations utiles et qui a donné son autorisation pour être filmé dans le cadre de la production audiovisuelle académique à adjoindre à notre mémoire. C'est ainsi que nous avons constitué notre échantillon de responsables de mutuelles de santé.

Pour joindre les mutualistes, nous avons choisi de nous rapprocher des parents d'étudiants de l'Université Catholique de l'Afrique de l'Ouest vivant à Cocody et au Plateau. Par le biais de leurs enfants qui sont, pour la plupart, des condisciples, nous leur avons distribué nos questionnaires. Les résultats nous sont parvenus quelques jours plus tard. Nous n'avons pas connu de difficultés majeures. Bien que voulant quatorze mutualistes, nous avons préféré distribuer trente (30) questionnaires. La suite des événements nous a donné raison car plusieurs questionnaires ne nous ont pas été retournés. Le seul point un peu dérangeant est que tous les mutualistes questionnés appartiennent à la MUGEFCI. Il n'y en a pas un seul qui soit souscripteur d'une autre mutuelle de santé.

Pour toucher les étudiants, nous avons tiré au sort entre la cité Mermoz et la cité Rouge. La première ayant été tirée au sort, c'est donc en ce lieu que nous nous sommes attelés à questionner les étudiants sans emploi sur notre projet de mutualité. Nous n'avons eu aucune difficulté à les interroger, à la différence des artisans qui furent réticents à être interrogés en prétextant le manque de temps ou en ne s'intéressant pas à ce genre de choses. Certains ont émis des refus catégoriques, et d'autres ont fini par se laisser questionner. Malgré ces difficultés, nous avons pu obtenir les informations essentielles à notre travail.

## **II/-5- Description du plan d'analyse des données**

Les résultats des recherches seront présentés sous forme de tableaux. L'interprétation des résultats se fera tableau par tableau et une synthèse finale sera faite de l'ensemble des tableaux. Etant donné que nous avons utilisé une technique de recherche quantitative, le plan d'analyse qui doit être utilisé est l'analyse statistique des données. Il existe deux types de statistiques : les statistiques de type descriptif et les statistiques de type explicatif ou inférentiel. Toutefois ce sont les statistiques de type descriptif que nous utiliserons pour traiter les informations provenant des mutualistes, des agriculteurs, des artisans, des personnes sans emploi ainsi que les responsables de mutuelles. Au sein des statistiques dites descriptives, notre préférence ira aux distributions de fréquence qui nous permettront de présenter, sous forme de pourcentages, les préférences affichées par les couches questionnées.

## **DEUXIEME PARTIE : LES SYSTEMES DE COUVERTURE IVOIRIENS ET LES RESULTATS D'ENQUETES**

### **Chapitre III/ Présentation des systèmes de couverture ivoiriens**

#### **III/-1- Les régimes publics et les régimes d'assurance volontaire**

##### **III/-1-1- Les régimes publics**

Dans les régimes publics, on distingue la couverture assurée par l'Etat et le régime général des travailleurs du secteur privé et assimilés

##### **♦*La couverture assurée par l'Etat***

Concernant l'origine de cette couverture, nous relevons que « *la loi du 7 novembre 1962 sur les pensions civiles et le décret 68-82 du 9 février 1968 pris pour son application, organisent un régime spécial de réparation pécuniaire accordée au fonctionnaire en cas d'invalidité résultant de maladie ou d'accident survenu dans l'exercice de ses fonctions* »<sup>1</sup>. Les prestations déterminées par ces textes législatifs et réglementaires concernent les branches de l'accident de travail, des maladies professionnelles, des allocations familiales, de la retraite. La couverture maladie est assurée par la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire (MUGEFCI) et les autres Mutuelles des agents du secteur public.

##### **♦*Le régime général des travailleurs du secteur privé et assimilés***

Il comprend : le système de couverture sociale assuré par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) et les dispositions législatives régissant la Médecine d'Entreprise.

##### **\**La couverture maladie assurée par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale***

Trois principales branches d'assurance sont gérées par la CNPS : les Prestations Familiales, l'Assurance Maternité et les Risques Professionnels. Toutefois, le financement de ces branches reste exclusivement à la charge de l'employeur.

##### **\**La Médecine d'Entreprise.***

---

<sup>1</sup> BAMBA K., Prof. OUEGNIN G.-A., YAPI A. M., DOUCOURE I., KOUYE P., Colloque sur la couverture du risque maladie en Afrique francophone, Paris, 26 - 30 avril 2004, p. 6.

Elle a été instituée par le Code du travail (loi n° 95-15 du 12 janvier 1995), qui fait obligation à tout employeur ayant plus de 100 salariés, de disposer d'une infirmerie. « *La Médecine d'entreprise est exclusivement à la charge de l'employeur qui finance les infrastructures et les prestations*<sup>1</sup> ».

### **III/-1-2- Les régimes d'assurance volontaire**

Ces régimes sont assurés par les compagnies d'assurance privées et les mutuelles de santé.

#### **♦Les Assurances Privées**

Souscrites par les salariés des grandes entreprises, les syndicats ou groupements professionnels des personnels publics ou privés, elles proposent des contrats individuels et des contrats de groupe pour une prise en charge totale ou partielle des frais liés à la maladie ou à la maternité.

#### **♦Les Mutuelles de Santé**

Les mutuelles de santé sont régies par la loi franchise du 1<sup>er</sup> avril 1898 relative aux sociétés de secours mutuels. « *De façon dérogatoire au droit commun, l'Etat a dû intervenir par des décrets spécifiques ou même des arrêtés ministériels pour promouvoir certaines mutuelles des agents relevant du secteur public. Les plus connues sont la Mutuelle Générale des Fonctionnaires de Côte d'Ivoire (MUGEFCI), le Fonds de Prévoyance Militaire (FPM), le Fonds de Prévoyance de la Police Nationale (FPPN)*<sup>2</sup> ».

### **III/-2- Présentation de quelques mutuelles de santé ivoiriennes**

#### **III/-2-1- La Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat, le Fonds de Prévoyance Militaire et le fonds de Prévoyance de la Police Nationale**

♦ Elle est née du décret n°73-176 du 27 avril 1973 portant création d'une Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat. Ses membres sont :

---

<sup>1</sup> BAMBA K., Prof. OUEGNIN G.-A., YAPI A. M., DOUCOURE I., KOUYE P., Colloque sur la couverture du risque maladie en Afrique francophone, Paris, 26 - 30 avril 2004, p.6.

<sup>2</sup> Idem, p. 5.

*« L'ensemble des fonctionnaires et agents de l'Etat (tous corps confondus : magistrats, policiers, militaires, préfets et sous-préfets, etc.) ; les bénéficiaires d'une pension ou d'une allocation viagère de réversion de l'Etat ; les enfants mineurs orphelins de bénéficiaires d'une pension ou d'une allocation viagère de réversion de l'Etat <sup>1</sup> ». Leurs ayants droit sont les personnes suivantes : « le conjoint du membre, le concubin ou la concubine, les enfants (légitimes, naturels ou adoptés) âgés de moins de 21 ans, les enfants (légitimes, naturels ou adoptés) âgés de 26 ans au plus et poursuivant leurs études ou handicapés majeurs non salariés, les enfants (légitimes, naturels ou adoptés) âgés de 26 ans au plus mis en apprentissage <sup>2</sup> ».*

L'adhésion est obligatoire, en revanche, les statuts et le règlement intérieur prévoient expressément que le membre peut démissionner. La MUGEFCI comprend les organes suivants :

**Une assemblée générale** : c'est l'organe suprême de décision. Elle se compose de 30 délégués qui sont les représentants de chaque corps de fonctionnaires (magistrats, corps préfectoral, personnels militaires et policiers, etc.), les représentants du gouvernement (au nombre de 5), les délégués syndicaux et les délégués des retraités.

**Un conseil d'administration** : les 25 membres (dont trois représentants du gouvernement) qui le composent sont proposés par leur organisation respective. Elus pour quatre ans, leur mandat n'est renouvelable qu'une fois. Ils élisent en leur sein un président et quatre vice-présidents, rééligibles une fois. Ces derniers constituent le bureau du Conseil.

**Une direction générale** : nommé par le président du conseil d'administration parmi les membres de la MUGEFCI, le Directeur Général exécute les décisions du conseil d'administration et exerce son autorité sur l'ensemble du personnel.

**Des conseils consultatifs locaux** : ils se composent des représentants des mutualistes qui résident dans la circonscription territoriale.

---

<sup>1</sup> TANO F., Diagnostic juridique des mutuelles de santé en Côte d'Ivoire, Appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de la zone UEMOA, Bureau International du Travail, Abidjan, juin 2006, p.9.

<sup>2</sup> Idem.



Des commissaires aux comptes sont chargés d'effectuer des contrôles sur les comptes de la MUGEFCI. Nommés pour deux ans, leur choix se fait selon une procédure d'appel à candidatures.

Le taux de cotisation est fixé à 3% du traitement de base. Il faut noter que « *la cotisation de 3% ne concerne pas les contrats d'épargne retraite complémentaire, contrats maladie et décès, dont les taux sont déterminés par l'assemblée générale (exemple : 15 000 FCFA par mois pour le contrat maladie). Pour ces contrats, la cotisation n'est pas obligatoire mais facultative*<sup>1</sup> ». D'autres sources de financement sont prévues par les textes de la MUGEFCI comme, par exemple, les subventions des organismes publics ou privés. Ainsi donc elle pourrait bénéficier de financements de l'Etat sous forme de subvention.

Les prestations fournies par la MUGEFCI sont :

- « • *Les produits pharmaceutiques à hauteur de 70% de leur prix de vente autorisé par les pouvoirs publics. Les 30% restants sont à la charge de l'adhérent ;*
- *Les soins et prothèses dentaires à hauteur de 70% de leur coût dans la limite du tarif de responsabilité. Les 30% restants sont à la charge de l'adhérent ;*
- *Les verres correcteurs et leurs montures à hauteur de 70% dans la limite du tarif de responsabilité. Les 30% restants sont à la charge de l'adhérent ;*
- *Les secours ;*
- *Toutes les prestations découlant des différents contrats maladies, épargne retraite complémentaire et décès. Lesdites prestations sont prévues à l'article 52 du règlement intérieur, à savoir : les consultations ; les frais d'hospitalisation ; les actes médicaux ; les actes des spécialistes ; les actes de laboratoire ; les actes de radiologie ; les actes de maternité*<sup>2</sup> ».

Les prestations fournies sont les mêmes pour tous les adhérents. L'exécution de ses différentes prestations impose à la MUGEFCI de conclure des contrats avec des pharmacies et des hôpitaux. Des problèmes sont alors observés : « *la MUGEFCI se trouve confrontée à des difficultés de trésorerie liées au fait que l'Etat ne lui reverse*

---

<sup>1</sup>TANO F., Diagnostic juridique des mutuelles de santé en Côte d'Ivoire, Appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de la zone UEMOA, Bureau International du Travail, Abidjan, juin 2006, p.11.

<sup>2</sup>Idem, pp. 11-12.

*pas les cotisations prélevées sur les fonctionnaires. Ainsi des différends l'ont maintes fois opposée aux pharmaciens quant aux difficultés liées au remboursement des prestations fournies par les pharmacies (paiement des 70% dus par la MUGEFCI). Les conséquences qui en résultent sont la suspension des prestations d'une part, et la réduction drastique du nombre des pharmacies conventionnées d'autre part. Dès lors, la couverture nationale due par la MUGEFCI n'est pas effective<sup>1</sup> ».*

♦ Le Fonds de Prévoyance Militaire (FPM) a été créé sous la forme d'Etablissement public administratif dont la tutelle administrative et technique est exercée par le Ministre de la Défense. Les personnes concernées par ses prestations sont : *« les personnels militaires d'active, c'est-à-dire ceux qui sont effectivement employés à une activité militaire donnée, en position de service détaché hors cadres, en non activité, les retraités et les réformés. Ces prestations s'étendent à leurs ayants cause que sont les conjoints légaux et les enfants de moins de 21 ans (légitimes, naturels reconnus ou adoptés)<sup>2</sup>»*. L'adhésion au FPM est obligatoire pour le personnel actif et sur demande pour les autres catégories du personnel. Les cotisations sont prélevées d'autorité sur la solde mensuelle pour le personnel militaire actif. Les autres adhérents payent d'avance leurs cotisations selon une périodicité définie par le règlement intérieur. Concernant les ayants cause, on retient que les concubines et les enfants majeurs sont exclus de la couverture.

Le FPM comprend :

**Une assemblée générale** : elle est composée des représentants de chaque armée et de chaque groupe de grades, élus au sein de la population militaire correspondante dans la proportion de 2% des effectifs. Élus pour deux ans, les membres de l'assemblée générale sont rééligibles.

**Un conseil d'administration** : organe d'administration et de contrôle, il se compose de 23 membres dont 21 élus pour deux ans par les représentants de leur armée à l'assemblée générale et deux membres statutaires (le directeur des services de santé

---

<sup>1</sup> TANO F., *Diagnostic juridique des mutuelles de santé en Côte d'Ivoire*, Appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de la zone UEMOA, Bureau International du Travail, Abidjan, juin 2006, p.12.

<sup>2</sup>Idem, p. 13.

ou son représentant). Le conseil comprend un bureau qui est composé d'un président et d'un vice-président, tous deux nommés par le Ministre de la Défense sur proposition du conseil.

**Le commissariat aux comptes** : trois commissaires aux comptes, dont deux choisis parmi les adhérents du FPM, composent le commissariat. Le troisième commissaire est nommé, parmi les comptables publics, par le Ministre de l'Economie et des Finances sur demande du Ministre de la Défense. Chargés du contrôle et de la vérification des comptes du FPM, le mandat des commissaires militaires est de deux ans.

**Le contrôle** : conformément à l'article 37 des statuts, il représente « *l'organe chargé de veiller de façon permanente à la bonne gestion du FPM<sup>1</sup>* ». Le contrôleur chargé d'animer cet organe est nommé parmi les adhérents par le Ministre de la Défense sur proposition du Conseil d'administration.

**La régie** : organe chargé des opérations de paiement du FPM, elle est dirigée par un régisseur nommé parmi les adhérents par le Ministre de la Défense sur proposition du Conseil d'Administration.

**La direction** : elle est l'organe permanent de gestion du FPM. Son directeur est nommé par le Ministre de la Défense sur proposition du Conseil d'Administration, parmi les officiers supérieurs, membres de droit du Fonds.

S'agissant des cotisations, on peut remarquer que le montant « *varie selon qu'il s'agisse de maladie-maternité, décès invalidité ou d'entraide de fin de carrière. Il varie aussi selon les grades des militaires<sup>2</sup>* ». Les statuts du FPM prévoient d'autres sources de financement comme les subventions de l'Etat.

Le FPM fournit les prestations suivantes :

---

<sup>1</sup> TANO F., Diagnostic juridique des mutuelles de santé en Côte d'Ivoire, Appui a la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de la zone UEMOA, Bureau International du Travail, Abidjan, juin 2006, p. 14.

<sup>2</sup> TANO F., Diagnostic juridique des mutuelles de santé en Côte d'Ivoire, Appui a la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de la zone UEMOA, Bureau International du Travail, Abidjan, juin 2006, p. 15.

« • Couverture partielle de certains risques maladie : les hospitalisations, les consultations des médecins spécialistes et généraux, les examens biologiques et radiographies, les produits pharmaceutiques ;

• Couverture partielle du risque maternité comprenant la prise en charge des frais consécutifs au suivi de la grossesse et à l'accouchement ;

• Aide en cas de décès d'un adhérent ou d'un de ses ayants cause ;

• Aide en cas d'invalidité d'un adhérent ;

• Secours à titre exceptionnel ;

• Entraide en fin de carrière et régime d'assurance groupe ;

• Investissements à but social et opérations d'entraide et de solidarité <sup>1</sup>».

Retenons que « Les maladies et blessures résultant des tentatives de suicide, les mutilations volontaires sont exclues de la couverture<sup>2</sup> ».

♦ La création du Fonds de Prévoyance de la Police Nationale (FPPN) provient d'un constat : « les policiers ont estimé que, contrairement aux militaires, ils n'ont pas suffisamment de moyens pour faire face aux nombreuses dépenses liées aux soins aussi bien pour eux-mêmes que pour leurs familles <sup>3</sup> ». Les membres du FPPN sont : les personnels de la police nationale, tous corps confondus (sous-officiers, officiers, commissaires). Même les élèves policiers y sont comptés. Les ayants droit sont le conjoint et les enfants mineurs, les membres affiliés à jour de leurs cotisations et leurs ayants droit. Ces derniers (c'est-à-dire les ayants droit des membres affiliés) sont spécifiquement : « le conjoint, les enfants mineurs de 0 à 7 ans et de plus de 7 ans justifiant d'un certificat de scolarité, ou à défaut, d'un certificat de vie et entretien et les enfants mineurs handicapés (donc de 0 à 21 ans) <sup>4</sup> ». La qualité de membre est obligatoire, mais il est possible de démissionner ou d'être exclu du fonds. Les organes du FPPN sont :

---

<sup>1</sup>Idem, p. 16.

<sup>2</sup> Idem.

<sup>3</sup> Idem.

<sup>4</sup>TANO F., Diagnostic juridique des mutuelles de santé en Côte d'Ivoire, Appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de la zone UEMOA, Bureau International du Travail, Abidjan, juin 2006, p. 16.

**L'assemblée générale :** elle est composée de 153 délégués issus des corps des commissaires, des officiers, des sous-officiers ainsi que de toutes les grandes directions de la Police.

**Un conseil d'administration :** comprenant 14 membres (5 commissaires dont le président, 4 officiers, 4 sous-officiers, 1 médecin) tous élus pour trois ans et choisis parmi les délégués à l'assemblée générale. Leur mandat est renouvelable une fois. Le président du conseil d'administration est élu pour trois ans par l'ensemble des administrateurs.

**Un censeur :** les 3 membres qui le composent sont élus, parmi les délégués, par l'assemblée générale pour trois ans renouvelables. Leur rôle est de veiller à la régularité des décisions prises par le Conseil d'Administration ou l'assemblée générale.

**Une Direction Générale :** le Directeur Général est élu au cours d'une assemblée générale par les administrateurs. Son choix est fait parmi les commissaires divisionnaires ou principaux de police en activité sur appel à candidature.

**Les commissions consultatives locales :** ce sont les administrateurs et les délégués, des assemblées générales de la Direction Régionale ou de la Préfecture de Police de la localité concernée, qui constituent les membres de ces commissions.

**Les commissaires aux comptes :** nommés par le conseil d'administration et investis par l'assemblée générale, le mandat des commissaires aux comptes est de trois ans renouvelable. Ils sont chargés de la vérification des comptes du FPPN.

**L'assureur-conseil :** c'est lui qui apporte son assistance technique pour tous les problèmes liés à la couverture médicale et à la protection sociale des bénéficiaires du FPPN. Nommé par le Directeur Général après approbation du Conseil d'Administration, son mandat est de trois ans renouvelables.

**Le conseil des sages :** composé des anciens administrateurs ayant exercé au moins deux mandats successifs, il a pour rôle de donner un avis consultatif au Conseil d'Administration. Ce conseil est créé par le conseil d'administration.

Le FPPN fournit essentiellement deux types de prestations : l'assurance (obligatoire) et le plan épargne plus (PEP) qui est facultatif.

- L'assurance (obligatoire) comprend trois volets : la couverture médicale, la maternité et l'allocation décès et invalidité. La couverture médicale concerne les contrats conclus entre le FPPN et toutes les structures publiques de même que les cliniques privées et les pharmacies. Dans le cadre de la maternité, il s'agit surtout d'une prise en charge intégrale ou partielle des frais consécutifs au suivi de la grossesse, ainsi que des frais d'accouchement. Concernant l'allocation décès et invalidité une aide est allouée à un membre en cas d'invalidité ou à ses ayants droit s'il décède.

- Par l'épargne facultative, l'adhérent bénéficie de prêts « *notamment prêts scolaires, prêts à l'équipement, prêts immobiliers, frais funéraires etc.*<sup>1</sup> ». Toutefois, les adhérents dénoncent la lenteur et le manque total de transparence qui entoure la procédure d'octroi des prêts. En effet, il est remarqué que « *(...) les consultations ne sont pas prises en compte. Les produits pharmaceutiques ne sont pris en compte que s'ils résultent d'une hospitalisation. Aussi, en cas de consultation sans hospitalisation, les produits pharmaceutiques sont entièrement à la charge du membre.*<sup>2</sup> » Il est aussi à noter que certains policiers « *souhaitent aussi une entraide de fin de carrière à l'instar de Fonds de Prévoyance Militaire (FPM)*<sup>3</sup> ». Concernant les cotisations du FPPN, il faut noter qu'elles sont obligatoires.

### **III/-2-2- Les mutuelles rurales et l'Assurance Maladie Universelle**

◆ Les mutuelles rurales sont régies par la loi n°60-315 du 21 septembre 1960 relative aux associations. « *(...) l'entraide et la solidarité constituent des objectifs majeurs qui se traduisent par des œuvres sociales. On note principalement*

---

<sup>1</sup>TANO F., *Diagnostic juridique des mutuelles de santé en Côte d'Ivoire*, Appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de la zone UEMOA, Bureau International du Travail, Abidjan, juin 2006, p. 20.

<sup>2</sup> Idem.

<sup>3</sup> Idem.

*l'assistance en cas de décès, maladie, mariage, frais funéraires, etc.<sup>1</sup> ». Concernant la loi n°60-315 du 21 septembre 1960 relative aux associations, il faut noter que son article premier « définit l'association comme une "convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun d'une façon permanente leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que lucratif". Selon M. TANO, le libellé du but est si vaste que « la protection sociale ne figure pas toujours au rang des priorités de ces mutuelles. Elle est diluée dans d'autres actions telles que le développement rural (construction d'écoles, de marchés, etc.), le sport, la culture <sup>2</sup> ».*

### ♦ L'Assurance Maladie Universelle (AMU)

L'AMU comprend deux régimes : le régime d'assurance maladie universelle du secteur agricole et le régime d'assurance maladie universelle des autres secteurs. Leur gestion est respectivement assurée par la caisse sociale agricole et la caisse nationale d'assurance maladie.

#### \* Le régime d'assurance maladie du secteur agricole

C'est un régime qui couvre « les risques liés à la maladie et à la maternité des personnes exerçant à titre principal une activité directement ou indirectement agricole<sup>3</sup> ».

#### \* Le régime d'assurance maladie des autres secteurs

Il s'agit d'un régime qui doit couvrir « les risques liés à la maladie et à la maternité des personnes ne relevant pas du secteur agricole.<sup>4</sup> » Donc tous les secteurs d'activité publics ou privés, même le secteur informel, y sont pris en compte. Il en est de même pour les élèves et étudiants, les personnes sans emploi, les retraités, etc.

Les organes de gestion de l'AMU sont au nombre de trois: **la caisse sociale agricole** qui gère le fonctionnement du régime d'assurance maladie du secteur agricole ; **la caisse nationale d'assurance maladie** qui s'occupe du fonctionnement du régime d'assurance maladie des autres secteurs ; **le Fonds d'Assurance Maladie**

---

<sup>1</sup> TANO F., *Diagnostic juridique des mutuelles de santé en Côte d'Ivoire*, Appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de la zone UEMOA, Bureau International du Travail, Abidjan, juin 2006, p. 20.

<sup>2</sup> Idem, p. 23.

<sup>3</sup> Idem, pp. 29-30.

<sup>4</sup> Idem, p.30.

**Universelle** qui est chargé de procéder au recouvrement des cotisations et de gérer les ressources financières des deux régimes obligatoires existants. La déconcentration fonctionnelle de ces différentes caisses épouse les contours du découpage administratif : une caisse régionale agricole, une caisse départementale agricole et une caisse primaire.

Les ressources de l'AMU proviennent essentiellement des cotisations sociales et des moyens que le Fonds National de l'Assurance Maladie Universelle doit mettre à la disposition de ses différentes caisses sociales. Les cotisations, auxquelles sont soumis les bénéficiaires, sont obligatoires. Les prestations de l'AMU sont constituées par :

- ♦ « *La couverture des frais de médecine générale et de spécialité, des frais de soins dentaires, des frais pharmaceutiques, des frais d'examens complémentaires à titre de diagnostic, des frais d'hospitalisation dans les établissements de santé, ainsi que des frais d'intervention chirurgicale nécessaires pour l'assuré, la gestion du risque maternité.*
- ♦ *La couverture des frais afférents aux soins préventifs (article 66 de la loi). <sup>1</sup>»*

---

<sup>1</sup> TANO F., Diagnostic juridique des mutuelles de santé en Côte d'Ivoire, Appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de la zone UEMOA, Bureau International du Travail, Abidjan, juin 2006, pp. 32-33.



## Chapitre IV/ Présentation et discussion des résultats

### IV/-1- Présentation et discussion des résultats en recherche quantitative

#### IV/-1-1- Présentation des résultats des enquêtes des agriculteurs, des artisans et des personnes sans emploi

C'est ici que nous allons procéder à la présentation des résultats de nos enquêtes sur le terrain. Lorsqu'un chercheur présente des résultats, il doit « *s'en tenir strictement à une présentation sous forme narrative des résultats qu'il a reproduits dans les tableaux et les figures.* »<sup>1</sup>

\* Débutons donc par **le questionnaire proposé aux agriculteurs d'Abengourou**. Ce questionnaire se compose de huit (08) questions. A l'aide de tableaux à double entrée, nous présentons chacune des variables dudit questionnaire avec leurs réponses.

##### 1- Savez-vous ce que c'est qu'une mutuelle de santé ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	14	100
NON	0	0
NOMBRE TOTAL	14	100

#### Commentaire :

Le tableau ci-dessus représente ainsi donc les réponses des agriculteurs d'Abengourou à la question « Savez-vous ce que c'est qu'une mutuelle de santé ? ». A travers les résultats présentés dans le tableau, nous pouvons aisément constater que tous les agriculteurs questionnés connaissent la mutualité.

##### 2- Maintenant que vous avez pris connaissance des grandes lignes de notre projet de mutualité, dites-nous combien pouvez-vous cotiser mensuellement ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
300 FCFA/Mois	2	14, 28
500 FCFA/Mois	8	57,14
1000 FCFA/Mois	4	28,57
Autres (précisez)...FCFA	0	0
NOMBRE TOTAL	14	100

<sup>1</sup> NDA P., Méthodologie de la recherche, de la problématique à la discussion des résultats, comment réaliser un mémoire, une thèse d'un bout à l'autre, Editions Universitaires de Côte d'Ivoire, 2006, p. 116.

**Commentaire :**

Nous constatons, dans le tableau ci-dessus, que 57,14% des agriculteurs préfèrent cotiser mensuellement la somme de cinq cents (500) Francs CFA. La majorité des agriculteurs marque donc une grande préférence pour la somme de cinq cents (500) Francs CFA en tant que montant de la cotisation mensuelle. Dans la marge restante, 28, 57% se déclarent prêtes à cotiser mille (1000) Francs CFA tandis qu'à peine 14, 28% consentent à payer une cotisation mensuelle de 300 Francs CFA.

3- Voulez-vous que la prise en charge de la vaccination soit parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	2	14,28
NON	12	85,71
NOMBRE TOTAL	14	100

**Commentaire :**

A travers les résultats de la question n°3, présentés dans le tableau ci-dessus, nous constatons qu'une grande proportion des questionnés (85,71%) ne manifestent aucun intérêt pour la prise en charge de la vaccination. Cette dernière en tant que prestation ne semble guère les intéresser.

4- Voulez-vous que la prise en charge de la planification familiale soit parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	1	7,14
NON	13	92,86
NOMBRE TOTAL	14	100

**Commentaire :**

Les résultats dans le tableau ci-dessus montrent que presque aucun des questionnés n'est intéressé par la planification familiale. Nous répertorions 92,86% de « Non » contre 7,14 % de « Oui ».

5- Voulez-vous que la prise en charge de l'hospitalisation soit parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	11	78,57
NON	3	21,42
NOMBRE TOTAL	14	100

#### Commentaire :

Concernant la prise en charge de l'hospitalisation, une grande proportion des agriculteurs ont répondu « Oui ». En effet, ils sont 78,57% à souhaiter que l'hospitalisation figure dans la grille des prestations de la nouvelle mutuelle de santé que nous voulons proposer. La proportion de questionnés ayant répondu « Non » est faible : 21, 42%.

6- Voulez-vous que la prise en charge de l'opération chirurgicale soit parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	6	42,86
NON	8	57,14
NOMBRE TOTAL	14	100

#### Commentaire :

Les résultats présentés dans le tableau, pour la question n°6 montrent qu'il y a peu d'écart entre le pourcentage des « Oui » et celui des « Non ». En effet, 42,86% des questionnés voudraient que cette nouvelle mutuelle de santé insère la prise en charge de l'opération chirurgicale dans sa grille de prestations ; la proportion des questionnés qui ne veulent pas de cette prestation est de 57,14%.

- 7- Voulez-vous que la prise en charge des médicaments soit parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	12	85,71
NON	2	14,28
NOMBRE TOTAL	14	100

**Commentaire :**

Ils sont nombreux à avoir répondu « Oui » à l'insertion de la prise en charge des médicaments dans la grille des prestations de la nouvelle mutuelle de santé que nous voulons proposer.

- 8- Voulez-vous que la prise en charge du transport des malades soit parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	5	35,71
NON	9	64,28
NOMBRE TOTAL	14	100

**Commentaire :**

La prise en charge du transport des malades, comme le montre le tableau ci-dessus, a suscité l'approbation de 35,71 des agriculteurs questionnés. La proportion des questionnés ayant répondu « Non » est élevée : 64,28%.

\* **Le questionnaire soumis aux artisans** est en fait le même que celui que nous avons proposé aux agriculteurs d'Abengourou. Procédons donc à la présentation des informations recueillies auprès des artisans.

- 1- Savez-vous ce que c'est qu'une mutuelle de santé ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	12	85,71
NON	2	14,28

<b>NOMBRE TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>
---------------------	-----------	------------

**Commentaire :**

Les résultats présentés dans le tableau ci-dessus nous montrent que presque tous les artisans questionnés savent ce que c'est qu'une mutuelle de santé. Ils sont, en effet, 85,71% à avoir répondu « Oui », contre 14,28% de « Non ».

2- Maintenant que vous avez pris connaissance des grandes lignes de notre projet de mutualité, dites-nous combien pouvez-vous cotiser mensuellement ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
<b>300 FCFA/Mois</b>	<b>7</b>	<b>50</b>
<b>500 FCFA/Mois</b>	<b>4</b>	<b>28,57</b>
<b>1000 FCFA/Mois</b>	<b>3</b>	<b>21,42</b>
<b>Autres (précisez)...FCFA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>NOMBRE TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

**Commentaire :**

Comme le montre le tableau ci-dessus, la proportion des questionnés voulant cotiser trois cents (300) Francs est la plus élevée : 50%. La proportion de questionnés désirant cotiser mensuellement cinq cents Francs est peu élevée : 28,57%. Par contre ils sont à peine 21,42% de questionnés à vouloir cotiser 1000 Francs. C'est la proportion la plus faible.

3- Voulez-vous que la prise en charge de la vaccination soit parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
<b>OUI</b>	<b>8</b>	<b>57,14</b>
<b>NON</b>	<b>6</b>	<b>42,86</b>
<b>NOMBRE TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

**Commentaire :**

Compte tenu des résultats exposés dans le tableau ci-dessus, nous pouvons affirmer que 57,14% des artisans souhaitent que nous insérions la prise en charge

de la vaccination dans la grille des prestations de cette nouvelle mutualité. C'est, manifestement, la proportion la plus élevée de l'échantillon. Cependant, la proportion de ceux qui ne sont pas intéressés par la prise en charge de la vaccination est loin d'être faible : 42,86%.

- 4- Voulez-vous que la prise en charge de la planification familiale soit parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	3	21,42
NON	11	78,57
NOMBRE TOTAL	14	100

**Commentaire :**

Quand l'on considère les résultats dans le tableau ci-dessus, il est remarqué que la proportion des questionnés répondant « Non » est plus élevé que celle des questionnés répondant par l'affirmative. En effet, 78,57 ne souhaitent pas l'insertion de la prise en charge de la planification familiale dans la grille des prestations. A peine 21,42% de l'échantillon répondent par l'affirmative.

- 5- Voulez-vous que la prise en charge de l'hospitalisation soit parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	9	64,28
NON	5	35,71
NOMBRE TOTAL	14	100

**Commentaire :**

Concernant l'insertion de la prise en charge de l'hospitalisation dans la grille de prestations de notre projet de mutualité, ils sont 64,28% à y répondre « Oui » contre 35,71% de « Non ». La proportion de ceux ayant répondu par l'affirmative

est certes la plus élevée, toutefois celle des questionnés ayant répondu « Non » est loin d'être faible.

6- Voulez-vous que la prise en charge de l'opération chirurgicale soit parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	3	21,42
NON	11	78,57
NOMBRE TOTAL	14	100

#### Commentaire :

Nous remarquons, à travers les résultats présentés dans le tableau ci-dessus, que 78,57% des questionnés souhaitent que la prise en charge de l'opération chirurgicale soit insérée parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé. Le pourcentage des artisans questionnés ne souhaitant pas cette insertion est faible : 21,42%.

7- Voulez-vous que la prise en charge des médicaments soit parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	12	85,71
NON	2	14,28
NOMBRE TOTAL	14	100

#### Commentaire :

Le pourcentage des artisans questionnés, souhaitant que la prise en charge des médicaments soit comptée parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé, est le plus élevé : 85,71%. Le pourcentage de ceux qui ne souhaitent pas cette insertion est certes le moins élevé, mais nous constatons qu'il est réellement faible par rapport au pourcentage précédent: 14,28%.

8- Voulez-vous que la prise en charge du transport des malades soit parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	2	14,28
NON	12	85,71
NOMBRE TOTAL	14	100

**Commentaire :**

Le pourcentage de ceux qui ne souhaitent pas l'insertion de la prise en charge des médicaments parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé est très faible : 14,28%. La majorité des artisans a, en effet, répondu « Oui » à 85,71%. C'est de toute évidence le pourcentage le plus élevé.

\* Concernant **les étudiants sans emploi**, nous les avons également soumis au même questionnaire précédemment utilisé au niveau des agriculteurs et des artisans.

1- Savez-vous ce que c'est qu'une mutuelle de santé ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	13	92,86
NON	1	7,14
NOMBRE TOTAL	14	100

**Commentaire :**

Le tableau ci-dessus nous montre qu'une grande majorité des personnes sans emploi interrogées connaît la mutualité. Leur pourcentage est, en effet, de 92,86%. A peine 7,14% de questionnés déclarent ignorer ce que c'est qu'une mutuelle de santé.

2- Maintenant que vous avez pris connaissance des grandes lignes de notre projet de mutualité, dites-nous combien pouvez-vous cotiser mensuellement ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
300 FCFA/Mois	3	21,42
500 FCFA/Mois	7	50
1000 FCFA/Mois	4	28,57
Autres (précisez)...FCFA	0	0



<b>NOMBRE TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>
---------------------	-----------	------------

**Commentaire :**

Le tableau ci-dessus nous montre que 50% des étudiants sans emploi sont prêts à cotiser mensuellement cinq cents (500) Francs CFA pour cette nouvelle mutualité que nous voulons proposer. Ce pourcentage est le plus élevé. En effet, ils sont 28,57% à vouloir cotiser mensuellement mille (1000) Francs CFA et nous notons 21,42% de questionnés voulant cotiser mensuellement trois cents (300) Francs CFA.

3- Voulez-vous que la prise en charge de la vaccination soit parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
<b>OUI</b>	<b>9</b>	<b>64,28</b>
<b>NON</b>	<b>5</b>	<b>35,71</b>
<b>NOMBRE TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

**Commentaire :**

A la question n°3, nous notons que 64,28% d'étudiants répondent « Oui » contre 35,28% de « Non ». Même si le pourcentage des « Non » est moins élevé que celui des « Oui », il est loin d'être faible.

4- Voulez-vous que la prise en charge de la planification familiale soit parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
<b>OUI</b>	<b>2</b>	<b>14,28</b>
<b>NON</b>	<b>12</b>	<b>85,71</b>
<b>NOMBRE TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

**Commentaire :**

Dans le tableau ci-dessus, nous pouvons constater qu'ils sont 85,71% d'étudiants sans emploi à avoir répondu « Non » à la question n°4. Ils sont manifestement majoritaires, vu que le pourcentage de ceux répondant « Oui » est à peine de 14,28%.

5- Voulez-vous que la prise en charge de l'hospitalisation soit parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	11	78,57
NON	3	21,42
NOMBRE TOTAL	14	100

**Commentaire :**

A travers les résultats affichés dans le tableau ci-dessus, nous pouvons remarquer que les étudiants sans emploi souhaitent, en majorité, que cette nouvelle mutuelle de santé prenne en charge l'hospitalisation (78, 57%). Les étudiants sans emploi ayant répondu par la négative ont un pourcentage de 21,42%.

6- Voulez-vous que la prise en charge de l'opération chirurgicale soit parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	8	57,14
NON	6	42,86
NOMBRE TOTAL	14	100

**Commentaire :**

Les résultats du tableau montrent que 57,14% des étudiants sans emploi sont favorables à l'insertion de la prise en charge de l'opération chirurgicale parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé. Ils sont certes majoritaires, cependant le pourcentage de ceux qui ne sont pas favorables à cette insertion n'est pas faible : 42,86%.

7- Voulez-vous que la prise en charge des médicaments soit parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	13	92,86
NON	1	7,14
NOMBRE TOTAL	14	100

**Commentaire :**

Les résultats présentés dans le tableau ci-dessus montrent que 92,86 d'étudiants sans emploi veulent que la grille de prestations de notre projet de mutualité comporte une prise en charge des médicaments. A peine 7,14 des questionnés ne sont pas intéressés par cette insertion.

8- Voulez-vous que la prise en charge du transport des malades soit parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	2	14,28
NON	12	85,71
NOMBRE TOTAL	14	100

**Commentaire :**

Le tableau ci-dessus nous montre que la prise en charge du transport est une prestation qui ne rencontre pas beaucoup d'approbations. En effet, ils sont 14,28% d'étudiants sans emploi à avoir dit « Oui », contre 85,71% de « Non ».

**IV/-1-2- Présentation des résultats d'enquêtes des mutualistes et des responsables de mutuelles de santé**

Les questionnaires proposés aux mutualistes et aux responsables de mutuelles de santé se présentent différemment de celui auquel nous avons soumis les couches sociales précédentes.

**\* Mutualistes**

Le questionnaire soumis aux mutualistes se compose de quatre (04) questions ou variables dont voici les réponses sous forme de tableaux.

1- Concernant vos prérogatives de mutualiste, savez-vous que vous avez la possibilité de démissionner ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	4	28,57
NON	10	71,43
NOMBRE TOTAL	14	100

**Commentaire :**

A travers les données du tableau ci-dessus, nous remarquons que les mutualistes ignorant qu'ils peuvent démissionner sont nombreux : 71,43%. A peine 28,57% des mutualistes questionnés savent qu'ils ont la possibilité de démissionner d'une mutuelle corporatiste.

2- Votre mutuelle recueille-t-elle périodiquement vos opinions sur la qualité de ses services ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	0	0
NON	14	100
NOMBRE TOTAL	14	100

**Commentaire :**

A travers les résultats de ce tableau, l'on peut remarquer que tous les quatorze (14) mutualistes interrogés répondent unanimement que leur mutuelle de santé ne recueille pas périodiquement leurs opinions.

3- Votre mutuelle recueille-t-elle périodiquement vos nouveaux besoins en matière de protection sanitaire ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	0	0
NON	14	100
NOMBRE TOTAL	14	100

**Commentaire :**

Les données contenues dans le tableau ci-dessus montrent que tous les mutualistes interrogés affirment unanimement que les nouveaux besoins de

protection sanitaire qu'ils ressentent ne sont point recueillis par leur mutuelle de santé.

4- Vous avez pris connaissance des grandes lignes du projet « Caisse Communautaire de Solidarité » et vous savez donc que cette nouvelle mutuelle repose sur un principe d'entraide nationale. Adhériez-vous à ce principe ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	14	100
NON	0	0
NOMBRE TOTAL	14	100

#### **Commentaire :**

En considérant les données du tableau ci-dessus, nous constatons que tous les mutualistes interrogés adhèrent au principe d'entraide nationale (ou entraide communautaire) qui sous-tend le fonctionnement de la mutuelle de santé que nous proposons.

#### **\* Responsables de mutuelles de santé**

Quant aux responsables de mutuelles (ou personnes-ressources) leur questionnaire est composé de quinze (15) variables.

1- Disposez-vous d'une stratégie de communication vous permettant de rester en contact avec vos souscripteurs ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	2	100
NON	0	0
NOMBRE TOTAL	2	100

#### **Commentaire :**

Ce tableau permet de constater que les deux personnes-ressources, constituant notre échantillon, ont unanimement répondu « Oui » quant à la question de savoir si leur structure respective dispose d'une stratégie de communication.

2- Utilisez-vous la télévision pour rester en contact avec vos souscripteurs ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	1	50
NON	1	50
NOMBRE TOTAL	2	100

**Commentaire :**

A travers le tableau ci-dessus, nous remarquons que seul un responsable de mutuelle répond par l'affirmative à la question n°2. Il s'agit du Directeur des Ressources Humaines de la MUGEFCI. Le Responsable de la Communication du Fonds de Prévoyance Militaire a répondu « Non » à cette question.

3- Utilisez-vous la radio pour rester en contact avec vos souscripteurs ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	1	50
NON	1	50
NOMBRE TOTAL	2	100

**Commentaire :**

Aussi bien pour la question n°2 que la question n°3, nous remarquons que c'est le Directeur des ressources Humaines de la MUGEFCI qui y a répondu par l'affirmative. En effet, le Responsable de la Communication du Fonds de Prévoyance Militaire, pour ces mêmes questions, répond toujours par la négative.

4- Utilisez-vous la presse-écrite pour rester en contact avec vos souscripteurs ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	1	50
NON	1	50
NOMBRE TOTAL	2	100

**Commentaire :**

De ce tableau qui présente les réponses données par nos deux personnes-ressources, il ressort que la MUGEFCI utilise la presse-écrite mais pas le Fonds de Prévoyance Militaire.

5- Utilisez-vous le cinéma pour rester en contact avec vos souscripteurs ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	0	0
NON	2	100
NOMBRE TOTAL	2	100

**Commentaire :**

Concernant le cinéma, les deux personnes-ressources questionnées ont été unanimes : leur structure respective n'utilise pas ce moyen de communication.

6- Utilisez-vous l'affiche publicitaire pour rester en contact avec vos souscripteurs ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	0	0
NON	2	100
NOMBRE TOTAL	2	100

**Commentaire :**

L'information que nous délivrent les données du tableau ci-dessus est que ni la MUGEFCI, ni le Fonds de Prévoyance Militaire n'usent de l'affiche publicitaire dans leur stratégie de communication respective.

7- Utilisez-vous l'Internet pour rester en contact avec vos souscripteurs ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	0	0
NON	2	100
NOMBRE TOTAL	2	100

**Commentaire :**

Les données du tableau ci-dessus montrent que ni la MUGEFCI, ni le Fonds de Prévoyance Militaire n'usent de l'Internet dans leur stratégie de communication respective.

8- Utilisez-vous les relations publiques pour rester en contact avec vos souscripteurs ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	0	0
NON	2	100
NOMBRE TOTAL	2	100

**Commentaire :**

« Les relations publiques constituent un moyen de communication que n'utilisent ni la MUGEFCI, ni le Fonds de Prévoyance Militaire. » Telle est la conclusion qui découle des données du tableau pour la question n° 8.

9- Utilisez-vous le marketing direct pour rester en contact avec vos souscripteurs ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	1	50
NON	1	50
NOMBRE TOTAL	2	100

**Commentaire :**

Des données du tableau ci-dessus, nous retenons que la seule réponse positive émane du Directeur des Ressources Humaines de la MUGEFCI. Le Responsable de la Communication du Fonds de Prévoyance Militaire, quant à lui, a répondu « Non » à cette question.

10- Utilisez-vous les salons et foires pour rester en contact avec vos souscripteurs ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	0	0
NON	2	100
NOMBRE TOTAL	2	100



**Commentaire :**

Les deux personnes-ressources, constituant notre échantillon, ont unanimement répondu « Non » quant à la question de savoir si leur structure respective utilise les salons et foires pour rester en contact avec les souscripteurs.

11- Utilisez-vous les publicités sur lieu de vente pour rester en contact avec vos souscripteurs ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	0	0
NON	2	100
NOMBRE TOTAL	2	100

**Commentaire :**

Ce tableau fait remarquer que ni la MUGEFCI, ni le Fonds de Prévoyance Militaire n'usent des publicités sur lieu de vente pour rester en contact avec leurs souscripteurs.

12- Utilisez-vous le parrainage pour rester en contact avec vos souscripteurs ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	0	0
NON	2	100
NOMBRE TOTAL	2	100

**Commentaire :**

A travers les résultats ci-dessus, nous constatons que ni la MUGEFCI, ni le Fonds de Prévoyance Militaire n'usent du parrainage pour rester en contact avec leurs mutualistes.

13- Utilisez-vous le mécénat pour rester en contact avec vos souscripteurs ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	1	50
NON	1	50
NOMBRE TOTAL	2	100

**Commentaire :**

Ce tableau nous permet de noter qu'une seule des deux mutuelles interrogées utilise le mécénat pour maintenir un contact permanent avec ses souscripteurs. Cette réponse émane du Responsable de la Communication du Fonds de Prévoyance Militaire. Le Directeur des Ressources Humaines de la MUGEFCI, quant à lui, a répondu « Non » à cette question.

14- Questionnez-vous périodiquement vos souscripteurs pour savoir s'ils sont satisfaits de vos services ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	2	100
NON	0	0
NOMBRE TOTAL	2	100

**Commentaire :**

Du tableau ci-dessus nous retenons que les deux mutuelles interrogées questionnent périodiquement leurs souscripteurs sur la qualité des services qu'elles mettent à leurs dispositions.

15- Questionnez-vous périodiquement vos souscripteurs pour connaître les nouvelles prestations qu'ils souhaitent ?

Réponses	Effectif	Pourcentage
OUI	2	100
NON	0	0
NOMBRE TOTAL	2	100

**Commentaire :**

Il en est de même pour la question n°15. Les deux mutuelles interrogées questionnent périodiquement leurs souscripteurs afin de connaître les nouvelles prestations qu'ils désirent.

## IV/-2- Discussion des résultats en recherche quantitative

C'est dans cette rubrique que nous interprétons les résultats des enquêtes que nous avons eu à mener sur les catégories suivantes de la population : les agriculteurs, les artisans, les personnes sans-emploi, les mutualistes et les responsables de structures mutualistes corporatistes. Discuter des résultats c'est « *procéder à l'évaluation du processus entier de recherche et de montrer la pertinence ou la validité des résultats par rapport au problème de recherche et aux questions, aux hypothèses, au cadre de référence, de mettre les résultats en relation avec d'autres travaux et d'apprécier la question des limites et de la généralisation des résultats*<sup>1</sup> ».

### IV/-2-1- Discussion des résultats d'enquêtes des agriculteurs, artisans et personnes sans emploi

L'interrogation de chacune des couches sociales, citées dans le titre ci-dessus, nous permet de confirmer l'hypothèse principale de notre travail : « **La faiblesse du pouvoir d'achat n'est pas susceptible d'empêcher les agriculteurs, les artisans et les personnes sans emploi de souscrire à cette nouvelle mutuelle de santé que nous voulons proposer.** ». Nous allons démontrer la justesse de notre hypothèse en examinant le cas de chaque couche sociale interrogée.

Ainsi donc, notre hypothèse principale se confirme lorsqu'on examine le cas des agriculteurs d'Abengourou. En effet, même s'ils ont tenu à préciser qu'ils pourraient être amenés à ne pas régulièrement payer leurs cotisations en cas de mauvaise récolte ou en cas de survenue de problèmes familiaux, notons qu'ils peuvent cotiser jusqu'à mille (1000) Francs CFA par mois. Il est cependant vrai que leur affirmation nous laisse entrevoir, pour l'avenir, de probables paiements de cotisations en dents de scie. C'est malheureusement un facteur assez important pour influencer les cotisations des agriculteurs. Malgré ce facteur, nous pourrions dire que les agriculteurs sont à même de cotiser dans la mutualité car la fourchette du montant de leurs cotisations est appréciable : 500-1000 Francs CFA. A travers nos échanges avec les agriculteurs, nous avons décelé la persistance de leur manque de confiance en les

---

<sup>1</sup> NDA P., Méthodologie de la recherche, de la problématique à la discussion des résultats, comment réaliser un mémoire, une thèse d'un bout à l'autre, Editions Universitaires de Côte d'Ivoire, 2006, p. 127.

organismes gouvernementaux. Ce problème avait été souligné dans notre problématique et nous avons décidé d'en faire l'objet d'un programme de Communication pour le Changement de Comportement (CCC). Nous pensons qu'ils ont répondu au questionnaire parce que les prêtres, les ayant appelés, leur ont préalablement expliqué que nous sommes en train d'écrire un mémoire. N'eût été cela, ils auraient peut-être refusé de nous répondre si nous avions été un agent de l'Etat chargé de leur faire part de l'ouverture d'une nouvelle mutuelle de santé. En effet, ils n'ont pas manqué de nous rappeler et démontrer comment ils se sont fait dépouiller par des structures coopératives chargées de vendre leurs récoltes. Selon eux, les organismes coopératifs ivoiriens ne sont pas prioritairement créés pour leur bien-être et ils étendent cette idée à tous les organismes étatiques. Cette méfiance se répercute forcément sur notre mutuelle de santé qui doit être, selon nos plans, un organisme étatique. Cela pourrait peut-être expliquer pourquoi ils ont tant insisté sur leur éventuelle incapacité à payer les cotisations en cas de problèmes professionnels ou familiaux. Au vu de cette donnée, il serait très utile que le programme de Communication pour le Changement de Comportement use d'abord de la théorie de l'action raisonnée et de la théorie sociale cognitive afin de bien filtrer les croyances des agriculteurs sur les organismes étatiques et précisément les structures mutualistes. C'est après le règlement des éventuels malentendus, brouilles ou incompréhensions que les agriculteurs pourraient être mieux disposés à l'égard de la mutualité. Ensuite, grâce au modèle des croyances relatives à la santé les agriculteurs pourraient s'intéresser de nouveau à la mutualité. En effet, c'est par l'usage de ce modèle psychosocial qu'on peut leur faire percevoir les avantages de la mutualité.

Notons au passage que les résultats de notre enquête sur les agriculteurs d'Abengourou se rapprochent des conclusions des enquêtes menées par Dr. N'GUESSAN C. F. J. et Dr. BOUAFFON N. Y. V. dans le cadre de l'Assurance Maladie Universelle. En effet, en septembre 2006, ils ont produit un rapport titré **Contribution des ménages ruraux au financement de l'assurance maladie**

**universelle en Côte d'Ivoire: une analyse à partir du modèle Tobit censuré<sup>1</sup>.** Les conclusions de ce rapport étaient que la majorité des chefs de ménages enquêtés souhaiterait cotiser annuellement pour l'AMU un montant moyen de 9 569 FCFA, or en prenant la moyenne mensuelle, nous constatons que cela fait 500 à 1000 Francs CFA par mois. Donc les résultats sont les mêmes, cependant il faudrait se demander si ce prix restera uniforme dans les autres contrées agricoles. En effet, Dr. N'GUESSAN et Dr. BOUAFFON ont effectué une large recherche dans l'ensemble du département d'Aboisso, sur un échantillon de 365 agriculteurs. Il est à noter qu'Aboisso « *a été choisi parce qu'à part Abidjan, c'est l'un des départements les plus peuplés du Sud de la Côte d'Ivoire. La population est estimée à 222 053 habitants.* »<sup>2</sup> Notre recherche, quant à elle, s'est effectuée à Abengourou dont la densité de population n'est, certes, pas insignifiante cependant notre échantillon n'est composé que de quatorze (14) agriculteurs. Le fait que nous ne puissions pas jurer qu'ils sont représentatifs de la population d'agriculteurs d'Abengourou, nous amène à envisager un changement éventuel des résultats en cas d'agrandissement de l'échantillon.

Comme nous l'ont démontré les enquêtes, les prestations choisies par les agriculteurs sont prioritairement l'hospitalisation et les médicaments. Nous pensons intégrer leurs choix dans l'ensemble des prestations de la Caisse Communautaire de Solidarité. En effet, afin de constituer la grille de prestations de la nouvelle mutuelle que nous voulons proposer, nous avons voulu prendre l'opinion de chaque couche sociale. Concernant les choix opérés par les agriculteurs, nous pensons qu'ils doivent être motivés par la situation sanitaire et économique à Abengourou. Nous faisons remarquer qu'en début de travail, nous avons déjà eu à constater à quel point les soins médicaux et les médicaments étaient hors de portée de la bourse des couches défavorisées sur l'ensemble du territoire ivoirien.

---

<sup>1</sup> Dr. N'GUESSAN C. F. J., Dr. BOUAFFON N. Y. V., Contribution des ménages ruraux au financement de l'assurance maladie universelle en cote d'ivoire: une analyse à partir du modèle Tobit censuré, Université de Cocody-Abidjan Côte d'Ivoire, centre ivoirien de recherches économiques et sociales CIREs, Papier Présenté à la conférence AED, Paris, Septembre 2006.

<sup>2</sup> Idem, p.9.

A l'instar des agriculteurs, l'hypothèse principale de notre travail se confirme, au niveau des artisans, quand l'on note qu'ils sont prêts à payer un montant variant de trois cents (300) Francs à cinq cents (500) Francs CFA en guise de cotisation mensuelle. Il est vrai que le montant est faible, cependant nous avons la confirmation que les artisans sont tout de même aptes à cotiser une somme d'argent déterminée dans le cadre de la Caisse Communautaire de Solidarité. Le nombre réduit de notre échantillon pourrait même nous autoriser à penser que les artisans pourraient cotiser jusqu'à mille (1000) FCFA. En effet, le pourcentage d'artisans souhaitant cotiser mensuellement mille (1000) Francs CFA frôle de près celui des artisans souhaitant cinq cent (500) Francs : respectivement 21,42% et 28,57%. Donc il est envisageable que si notre échantillon avait été numériquement plus important, mille (1000) Francs CFA auraient peut-être pu constituer la somme la plus élevée que peuvent payer les artisans. Cependant, la situation actuelle pourrait encore se présenter même si l'échantillon était numériquement élevé. De plus, la zone d'enquête est aussi à prendre en compte : nous avons interrogé les artisans de Cocody, or cette zone a tendance à être considérée comme un endroit pour personnes aisées. Par conséquent rien ne dit que la somme de mille (1000) Francs CFA serait le montant le plus élevé pouvant être cotisé par des artisans de Soubré ou de Man par exemple. Cependant, pour avoir une certaine idée du pouvoir financier des artisans ivoiriens, nous avons effectué quelques recherches documentaires. Le but de ces dernières était spécifiquement de tenter de trouver la somme que les artisans voudraient payer dans le cadre de l'Assurance Maladie Universelle, mais il semble qu'il n'existe aucune information là-dessus. Nous n'avons pas pu trouver non plus les informations sur les recettes de l'artisanat ivoirien. Donc, nous avons dû procéder autrement pour trouver l'information que nous recherchions, concernant les artisans. Grâce au rapport **"Contribution des ménages ruraux au financement de l'assurance maladie universelle en Côte d'Ivoire: une analyse à partir du modèle Tobit censuré"**<sup>1</sup>, nous connaissons le montant moyen des cotisations annuelles que peuvent verser les

<sup>1</sup> Dr. N'GUESSAN C. F. J., Dr. BOUAFFON N. Y. V., Contribution des ménages ruraux au financement de l'assurance maladie universelle en Côte d'Ivoire: une analyse à partir du modèle Tobit censuré, Université de Cocody-Abidjan Côte d'Ivoire, centre ivoirien de recherches économiques et sociales CIREs, Papier Présenté à la conférence AED, Paris, Septembre 2006.

agriculteurs : 9569 FCFA. L'agriculture fait partie du secteur primaire, or nous connaissons le montant du Produit Intérieur Brut (PIB) du secteur primaire : 26%<sup>1</sup>. Alors nous supposons la relation suivante : au PIB de 26% du secteur primaire correspond la cotisation annuelle de 9569 FCFA. Grâce aux affirmations de M. J.-C. BOUDA, le directeur général du Salon international de l'artisanat de Ouagadougou (SIAO) nous savons que « 10 % à 25 % du Produit intérieur brut (PIB) des États africains proviennent de l'activité artisanale »<sup>2</sup>. Selon cette donnée, l'artisanat représenterait 10 à 25% soit :  $10\% + 25\% / 2 = 35\% / 2 = 17,5\%$  du PIB global des pays africains, donc 17,5% du PIB de la Côte d'Ivoire également.

A partir de toutes ces données nous avons estimé, par extrapolation, le montant moyen de la cotisation annuelle susceptible d'être versée par les artisans ivoiriens, de la manière suivante :

PIB 26%      —————→      9569 FCFA

PIB 17,5%    —————→    ? FCFA

Nous aurons donc :  $9569 \times 17,5 / 26 = 6441$  Francs CFA à payer annuellement.

La décomposition de 6441 Francs CFA en montant mensuel donne une somme avoisinant 500 Francs CFA. Cette somme trouvée par extrapolation se rapproche des résultats de notre enquête. Mais comme nous l'avons dit nous-mêmes, il s'agit d'une extrapolation.

Concernant les prestations, les artisans ont prioritairement choisi la vaccination, l'hospitalisation, les médicaments. Compte tenu des conditions sanitaires et économiques ivoiriennes que nous avons présentées en début de travail, on comprend aisément les motivations des deux derniers choix. Concernant la vaccination, nous avons été amenés à nous demander la raison de ce choix. Cela voudrait-il signifier que Cocody ne bénéficie pas d'autant de programmes sanitaires qu'Abengourou ? Cela ne saurait être le cas compte tenu des vaccins disponibles à Abidjan. Finalement, nous avons attribué ce choix au sentiment général d'insécurité

<sup>1</sup> <http://membres.lycos.fr/elisee28/topic/index.html>; <http://www.pkdsanghai.com/en/?id=10>, consultation de ces sites le 16 août 2008.

<sup>2</sup> Article de SIGNOURET M., Jeune Afrique, *La foire aux métiers, La neuvième édition du Salon international de l'artisanat de Ouagadougou se tient du 29 octobre au 7 novembre. Un succès qui se confirme*, Burkina Faso, 15 août 2004, [www.jeuneafrique.com](http://www.jeuneafrique.com). Consultation du site le mercredi 20 août 2008.

provoqué par l'insalubrité alarmante qui se constate dans les rues abidjanaises depuis un certain temps. Il y règne une grande pollution due aux ordures, ou alors aux déchets toxiques venus d'Europe qui avaient entretemps défrayé la chronique. Une recrudescence de diverses maladies, telles que la fièvre typhoïde, est observée à Abidjan à cause de cette atmosphère favorable aux microbes et aux bactéries. Nous supposons donc que le choix de la prise en charge de la vaccination peut être motivé par ces conditions d'insalubrité réellement inquiétantes.

Les résultats des enquêtes sur les personnes sans emploi nous ont également édifié dans la confirmation de l'hypothèse principale de notre mémoire. Les sans-emploi se déclarent, en effet, disposés à cotiser mensuellement cinq cents (500) Francs CFA. Mieux, ils sont prêts à payer jusqu'à 1000 Francs CFA. Toutefois, plusieurs considérations nous amènent à ne pas généraliser ces résultats à l'ensemble des personnes sans emploi :

- Mille (1000) Francs CFA constituent certes la somme la plus élevée que les étudiants interrogés peuvent mensuellement payer. Toutefois, le pourcentage de ceux-là pouvant payer mille (1000) Francs n'est que légèrement supérieur au pourcentage des étudiants pouvant payer trois cents (300) Francs : respectivement 28,57% et 21,42%. On pourrait donc supposer un changement des données et des tendances si l'échantillon s'agrandissait.

- Les personnes sans emploi que nous avons interrogées sont des étudiants diplômés. En effet, les étudiants sans emploi se débrouillent comme ils peuvent en cumulant plusieurs petits boulots rémunérateurs. Le terme populaire pour désigner ces rémunérations est « gombo ». Parfois, ils peuvent avoir la chance de trouver un « gombo » particulièrement rentable et la plupart du temps, leurs diplômes ne sont pas totalement étrangers à cette chance. Quoi qu'il en soit, l'idée à retenir ici est qu'ils arrivent à se débrouiller et à vivre tant bien que mal. Partant de cet état de choses, l'on peut concevoir qu'ils soient aptes à payer cinq cents (500) Francs CFA et à même de payer plus que cela. Par contre, l'on devrait prendre garde d'appliquer ces résultats à la puissance financière d'un sans-emploi ayant peu ou pas du tout de diplômes.



- Non seulement les personnes sans emploi interrogées sont des étudiants diplômés, mais en plus ils demeurent à Cocody. Cocody a une réputation de zone pour personnes aisées. Ces deux informations font qu'on ne devrait pas généraliser ce résultat sans effectuer des enquêtes supplémentaires dans d'autres endroits du pays.

Concernant les prestations, celles prioritaires aux yeux des étudiants sans emploi sont la vaccination, l'hospitalisation, l'opération chirurgicale et les médicaments. Parmi ces prestations, seule l'opération chirurgicale constitue celle dont le pourcentage d'adhérents suscite quelque polémique. En effet, s'ils sont 57,14% d'étudiants à avoir dit « Oui », la proportion des « Non » s'élève à 42,86%. Ces pourcentages laissent à supposer un probable changement des tendances si l'échantillon s'agrandissait numériquement. Les raisons ayant motivé ces choix sont, selon nous, les mêmes que ceux étant à la base des choix opérés par les artisans.

#### **IV/-2-2- Discussion des résultats d'enquêtes des mutualistes et des responsables de mutuelles de santé.**

L'interprétation des résultats issus de l'enquête auprès des mutualistes et des responsables de mutuelles nous permettra de vérifier les deux hypothèses secondaires de notre travail :

En interrogeant les mutualistes de la MUGEFCI, il ressort qu'à peine 28,57% savent que la démission fait partie de leurs prérogatives. La grande majorité (71,43%) ignorait donc cela. Pourtant le Directeur des Ressources Humaines de la MUGEFCI nous a déclaré que ladite structure possède une stratégie de communication lui permettant de rester en contact avec les souscripteurs. Ce résultat à lui tout seul permet de penser que les mutuelles de santé initient peu d'actions de communication à l'endroit de leurs souscripteurs. Cependant, nous retenons notre jugement afin de fournir des preuves supplémentaires. En effet, tous les mutualistes questionnés affirment unanimement que la MUGEFCI ne recueille pas leurs opinions sur la qualité des services qu'elle fournit, et ne recueille pas leurs nouveaux besoins de protection sanitaire. La MUGEFCI, par le biais de son Directeur des Ressources Humaines, nous dit au contraire qu'elle questionne périodiquement ses souscripteurs. Elle les

questionne pour savoir s'ils sont satisfaits de ses services et pour également connaître les nouvelles prestations qu'ils désirent. Pour rester en contact avec ses souscripteurs, la MUGEFCI dit utiliser les moyens de communication suivants : télévision, radio, presse-écrite, marketing direct. Le choix de ces moyens paraît quand même judicieux, mais cela ne semble pas produire beaucoup de résultats au vu des résultats d'enquêtes. Cet état des choses confirme la première hypothèse secondaire de notre travail : « **Les mutuelles de santé ivoiriennes initient peu d'action de communication à l'adresse de leurs mutualistes.** » Il est vrai que la MUGEFCI utilise plusieurs médias pour rester en contact avec ses souscripteurs, mais les résultats sont maigres. Le problème pourrait peut-être résider dans le fait qu'elle n'initie pas ses actions de communication, de façon régulière ni suffisante.

De nos recherches documentaires, il ressortait que les mutualistes se déclaraient écrasés par le poids des cotisations. En effet, certains policiers souhaiteraient au moins démissionner de la MUGEFCI pour alléger le poids des cotisations. Face à une telle situation exaspérante pour certains mutualistes, nous avons voulu savoir s'ils pourront être disposés à adhérer au principe qui sous-tend la Caisse communautaire. Notre projet « Caisse Communautaire de solidarité » fonctionne, en effet, sur le principe de la solidarité (cf. annexe 4). Nous avons donc posé une variable relative à cela dans le questionnaire soumis à notre échantillon de mutualistes. Tous les quatorze mutualistes composant notre échantillon ont répondu que cela ne leur pose pas de problème et qu'ils adhèrent au principe. En répondant ainsi, ils nous permettent de confirmer la deuxième hypothèse secondaire de notre travail : « **Le principe d'entraide communautaire de la mutuelle que nous proposons n'entraînera pas le refus d'adhésion des mutualistes.** »

Nous n'avons malheureusement pas pu questionner de souscripteurs issus du Fonds de prévoyance Militaire afin de confronter leurs dires avec ceux de l'Expert en Communication. Cependant nous retenons que le Fonds de Prévoyance Militaire maintient le contact avec ses souscripteurs au moyen du mécénat essentiellement. Nous n'avons aucune affirmation, provenant d'un souscripteur de cette mutuelle, pouvant créditer notre idée, mais il nous semble que le mécénat est insuffisant pour

garantir un contact sans faille. En effet, le mécénat, c'est une action « *qui permet aux entreprises de financer diverses actions à travers lesquelles elles espèrent une retombée en termes de notoriété ou d'image de marque.*<sup>1</sup> ». Le mécénat est certes un geste noble, mais il ne permet pas aux mutualistes de connaître les prestations fournies par leur mutuelle de santé.

---

<sup>1</sup> GILARDI J.C., KOEHL M., KOEHL J.-L., Dictionnaire de mercatique Edition Foucher, p. 216.

## **TROISIEME PARTIE : DE LA NECESSITE DE REDYNAMISER LA MUTUALITE DE SANTE EN CÔTE D'IVOIRE**

### **Chapitre V/ Le projet « Caisse Communautaire de Solidarité » et la présentation des nouvelles stratégies de communication**

#### **V/-1- La présentation du projet « Caisse Communautaire de Solidarité »**

##### **V/-1-1- Présentation des organes de la Caisse Communautaire de solidarité**

Avant toute chose, nous précisons que ce ne sont pas les réponses des personnes interrogées qui nous ont inspiré le projet « Caisse Communautaire de Solidarité ». En effet, avant même d'interroger les couches défavorisées visées par notre travail, nous avons déjà imaginé ce projet pour la résolution de leurs problèmes. Il ne faut pas oublier que grâce à nos recherches documentaires, nous connaissions déjà ces problèmes exposés, en détail, dans la problématique. En interrogeant les agriculteurs, artisans et personnes sans emploi c'était surtout pour recueillir leurs avis sur la grille des prestations et le montant des cotisations de la Caisse Communautaire de Solidarité. Maintenant que nous avons recueilli ces précieuses informations, nous allons procéder à la présentation de notre projet.

Pour bien comprendre le fonctionnement du projet « Caisse Communautaire de Solidarité », il faut préalablement se reporter à l'explication succincte se trouvant en annexe n°4. Quant à la représentation de l'organigramme de la Caisse Communautaire de Solidarité, elle se trouve en annexe n°5.

La Caisse Communautaire de Solidarité est une structure devant comporter les mutuelles existantes ainsi que celles qui vont être créées. Le fonctionnement de l'ensemble de ces mutuelles sera coordonné et dirigé par le bureau administratif de la Caisse Communautaire de Solidarité. Ce bureau administratif comporte les organes suivants :

\* **Une direction générale** : elle sera chargée de gérer tout ce qui est relatif au fonctionnement des mutuelles de santé. Le directeur général coordonnera les activités de tout le dispositif mis en place pour le fonctionnement de la Caisse Communautaire de Solidarité. Etant donné que la Caisse Communautaire de Solidarité relèvera du

domaine public, nous projetons de la placer sous la direction du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Le mandat du directeur général sera de trois ans et il est nommé par le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique.

\* **Un conseil d'administration** qui sera composé du directeur général, du directeur financier, du commissaire aux comptes, des représentants du ministère de tutelle. Il fera le bilan du fonctionnement de la Caisse Communautaire de Solidarité, veillera à initier de nouvelles politiques de gestion si cela est utile.

\* **Une direction administrative et financière** qui veillera à collecter des fonds émanant de toutes les mutuelles affiliées à la caisse communautaire. Cela ne veut pas dire qu'elle prendra les fonds dans leur totalité ; il faut en effet que les mutuelles disposent d'une caisse autonome leur permettant de satisfaire les besoins de santé de leurs adhérents. En fait la direction financière prélèvera un pourcentage des fonds collectés par les mutuelles de santé. Ces fonds ainsi collectés constitueront des fonds d'urgence mis à la disposition des mutuelles de santé, pour les situations sanitaires dépassant les fonds qu'elles ont ordinairement en caisse. Les cotisations des couches sociales vulnérables pourront aussi s'appuyer sur la direction financière. Donc en cas d'insuffisance des fonds à fournir une protection sanitaire convenable à ces couches sociales vulnérables, la direction financière complètera le nécessaire. Le directeur financier est élu pour trois ans. Il peut être proposé par le directeur général mais son choix définitif appartient à l'Etat. Il va sans dire que le bon fonctionnement de tout ce système nécessitera non seulement un contrôle strict pour éviter les détournements de fonds mais aussi des subventions de l'Etat.

\* **Une cellule de gestion de la communication** qui gèrera et allouera un budget à la MUGEFCI et à la Mutuelle Générale des Couches Sociales Vulnérables pour les besoins de communication publicitaire. Il est maintenant à la charge de ces dernières de distribuer judicieusement les fonds aux mutuelles qu'elles font cotiser. Ledit budget émanera de la direction financière. Il peut aussi y avoir des compléments versés par l'Etat, ce qui serait normal vu que la structure relève du domaine public. Cet état de choses laisse donc comprendre que les fonds que chaque mutuelle détient en caisse sont uniquement utilisés pour satisfaire les besoins de santé des mutualistes.

Les fonds nécessaires pour la communication publicitaire des mutuelles de santé émaneront de la direction financière.

\* **Un commissariat général aux comptes** qui sera chargé de gérer le travail des commissariats aux comptes qui sont dans l'ensemble des mutuelles de santé. Il constituera donc le bureau général auquel les autres commissariats aux comptes viendront faire leurs rapports concernant les comptes des mutuelles. C'est la tâche du commissariat général aux comptes de veiller à ce qu'il n'y ait pas de détournement de fonds. A présent que le bureau de la Caisse Communautaire de Solidarité est élaboré, nous pouvons passer en revue le fonctionnement des deux branches de la Caisse Communautaire de Solidarité à savoir la MUGEFCI et la Mutuelle Générale des Couches Sociales Vulnérables.

## **V/-1-2- Présentation du mode de fonctionnement des mutuelles au sein de la Caisse Communautaire de Solidarité.**

♦ Le mode d'organisation et de fonctionnement de la MUGEFCI changera quelque peu. Par exemple, elle n'offrira plus aucune prestation et il n'y aura plus de cotisations à faire payer aux fonctionnaires. De plus les dispositions juridiques, fiscales etc. nécessaires seront prises dans le cadre de son affiliation à la Caisse Communautaire de Solidarité. Au niveau de l'arborescence de la MUGEFCI nous retiendrons uniquement les organes suivants : l'assemblée générale, la direction générale, les conseils consultatifs locaux et les commissaires aux comptes. Ces organes peuvent voir leurs tâches initiales quelque peu modifiées:

**L'assemblée générale** sera composée des dirigeants de chaque mutuelle de santé corporatiste gérée par la MUGEFCI. Ils feront le bilan du fonctionnement de leur structure respective. Ils présenteront les doléances des mutualistes nécessitant l'aide de la direction financière de la Caisse Communautaire de Solidarité.

Au niveau de **la direction générale**, les diverses mutuelles dirigées par la MUGEFCI proposeront chacune une personne pour le poste de directeur général. Donc les militaires proposeront une personne, ainsi que les policiers, les agents des impôts, les magistrats etc. Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique procèdera au choix

définitif. Les autres personnes qui avaient été proposées deviennent alors automatiquement les directeurs adjoints qui travailleront auprès du directeur général. Leur mandat sera de trois ans et le choix du nouveau directeur général se fera par vote au sein des directeurs adjoints. L'ancien directeur général deviendra automatiquement un directeur adjoint. Ce sera donc un système de rotation. Cela laisse supposer que ce seront les mêmes personnes qui se relayeront continuellement. A n'importe quel moment le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique peut en décider autrement s'il constate l'incapacité du ou des dirigeant (s) ou si les mutuelles elles-mêmes se plaignent.

**Les conseils consultatifs locaux**, quant à eux, continueront d'être les représentants des mutualistes résidant dans la circonscription territoriale. Les délégués syndicaux et les délégués des retraités feront aussi partie de ces conseils consultatifs. Ils seront proposés par leur organisation respective. Leur mandat sera de trois ans.

Quant aux **commissaires aux comptes**, leur tâche initiale était d'effectuer des contrôles sur les comptes de la MUGEFCI. N'oublions pas que dans notre nouvelle mutuelle, la MUGEFCI n'a plus de comptes propres puisque ses cotisations ont été supprimées. Les commissaires aux comptes effectueront donc des contrôles sur les comptes de toutes les mutuelles corporatistes et ils présenteront leurs rapports au bureau de la Caisse Communautaire de Solidarité.

Tels se présenteront donc les organes de la nouvelle MUGEFCI. Nous ne nous attarderons pas sur la présentation de l'arborescence des diverses mutuelles d'agents de l'Etat que la MUGEFCI régit. Dans le plan de fusion que nous avons établi, elles ne perdent pas leur personnalité et donc leur fonctionnement ne change pratiquement pas. Il n'y a donc plus grand-chose à dire ici, selon nous. C'est au niveau de la Mutuelle Générale des Couches Sociales Vulnérables qu'un grand travail de structuration s'impose.

♦ La Mutuelle Générale des Couches Sociales Vulnérables constitue la deuxième branche de la Caisse Communautaire de Solidarité. La MUGEFCI, rappelons-le, est la première branche. Ici nous nous attèlerons à élaborer des

mutuelles pour les personnes exerçant des métiers agricoles, pour les artisans et enfin les personnes sans emploi. L'ensemble de ces nouvelles mutuelles dépendra de la Mutuelle Générale des Couches Sociales Vulnérables. Elles seront régies par la loi du 1er avril 1898 relative aux sociétés de secours mutuels. Comme nous l'avons fait remarquer au niveau de la problématique, le fait que les mutuelles rurales soient régies par la loi n°60-315 du 21 septembre 1960 relative aux associations donnait lieu à certains agissements fâcheux. Cette loi jugée vague, selon le rapport de M. TANO, favorisait l'usage des fonds cotisés à d'autres fins que la protection sociale. Intéressons-nous aux organes de la Mutuelle Générale des Couches Sociales Vulnérables.

Le fonctionnement de la Mutuelle Générale des Couches Sociales Vulnérables sera un peu calqué sur celui de la nouvelle MUGEFCI. Ainsi leurs organes seront similaires :

**Une assemblée générale** : elle sera composée des dirigeants de chaque mutuelle de santé dirigée par la Mutuelle Générale des Couches Sociales Vulnérables. Ils feront le bilan du fonctionnement de leur structure respective. Ils présenteront les doléances des mutualistes nécessitant l'aide de la direction financière de la Caisse Communautaire de Solidarité.

**Une direction générale** : les diverses mutuelles dirigées par la Mutuelle Générale des Couches Sociales Vulnérables proposent chacune une personne pour le poste de directeur général. Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique procède au choix définitif. Les autres personnes qui avaient été proposées deviennent alors automatiquement les directeurs adjoints qui travailleront auprès du directeur général. Ainsi toutes les couches sociales sont représentées à la direction générale. Leur mandat est de trois ans. Le choix du nouveau directeur général se fera par vote au sein des directeurs adjoints, l'ancien directeur général devenant automatiquement un directeur adjoint. Il s'agit donc d'un système de rotation. Cela laisse supposer que ce seront les mêmes personnes qui se relayeront continuellement. Si les mutuelles se plaignent d'elles ou si le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique constate



l'inefficacité du directeur général et/ou des directeurs adjoints, alors ils peuvent être remplacés.

**Des conseils consultatifs locaux :** ils se composeront des délégués représentant les mutuelles de chaque couche sociale vulnérable auxquels s'ajouteront les délégués syndicaux et les délégués des retraités. Ils seront proposés par leur organisation respective. Leur mandat sera de trois ans.

**Des commissaires aux comptes :** ils seront chargés d'exercer des contrôles sur les comptes des mutuelles régies par la Mutuelle Générale des Couches Sociales Vulnérables. Ils seront élus pour un mandat de trois ans et c'est le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique qui procèdera à leur choix.

Nous venons de présenter les organes de la Mutuelle Générale des Couches Sociales Vulnérables. A présent nous présenterons les mutuelles qu'elle va régir. Rappelons que la Mutuelle Générale des Couches Sociales Vulnérables regroupera toutes les couches sociales fragiles de la société ivoirienne. Ces mutuelles conçues pour chaque catégorie de couches démunies sont purement imaginaires. Ainsi donc, nous allons créer une mutuelle de santé pour chacune des couches sociales démunies étudiées dans notre mémoire :

● Nous proposons d'abord la création d'une mutuelle pour les agriculteurs. Ainsi les Groupements à Vocation Corporative pourront désormais s'occuper uniquement de la vente des productions agricoles et de la distribution d'intrants. Cette mutuelle, regroupant les agriculteurs, sera dénommée « Mutuelle Rurale ». Le plan que nous allons proposer sera le modèle de fonctionnement imposé aux mutuelles rurales sur l'ensemble du territoire ivoirien. La Mutuelle Rurale se présentera comme suit :

#### ✓ *Qualité de membre et de bénéficiaire*

Les membres de la Mutuelle Rurale sont :

- Les personnes exerçant des métiers agricoles,
- leur conjoint ou conjointe ainsi que leurs enfants mineurs,
- le concubin ou la concubine ainsi que les enfants mineurs orphelins de bénéficiaires.

L'adhésion est obligatoire, mais l'on peut démissionner ou être renvoyé de la mutuelle rurale.

#### ✓ *Organisation et fonctionnement*

- **La direction** : elle veille au bon fonctionnement de la mutuelle rurale. Elle exécute les décisions émanant du conseil d'administration. Le directeur gère le personnel. Il est élu pour un mandat de trois ans. C'est le conseil d'administration qui procède à son élection.

- **Un conseil d'administration** : il est composé des représentants des communes du département dans lequel se trouve la mutuelle rurale. En effet les départements ivoiriens sont subdivisés en communes (par exemple Abobo et Adjamé font partie des treize communes du département d'Abidjan). Chaque représentant se préoccupe des intérêts de sa commune. Ainsi donc chaque département aura sa mutuelle rurale. Comme c'est le conseil d'administration qui élit le directeur, alors le mandat des représentants ne peut être de trois ans. Il sera de quatre ans. Ce décalage entre la durée des mandats aura pour résultat que le conseil d'administration sera toujours renouvelé après avoir préalablement élu le nouveau directeur de la mutuelle. Il faut noter que le représentant de la commune est choisi et délégué par la mairie de ladite commune.

- **Un commissariat aux comptes** : les commissaires aux comptes auront pour rôle de procéder à la vérification des comptes de la Mutuelle Rurale. Ils sont nommés pour une période de deux ans selon une procédure d'appel à candidature.

#### ✓ *Régime des cotisations*

Suite à nos investigations auprès des agriculteurs d'Abengourou, voici les sommes qu'ils se déclarent prêts à cotiser mensuellement pour notre mutuelle de santé « Caisse Communautaire de Solidarité » : 500 ou 1000 Francs CFA. Face aux éventuelles difficultés pouvant les empêcher d'honorer leurs cotisations, les agriculteurs d'Abengourou ont proposé un mode de paiement des cotisations qu'ils jugent meilleur pour leurs moyens financiers : ils préconisent que la Caisse Communautaire de Solidarité prélève le montant des cotisations sur le tonnage de leurs produits agricoles. Nous avons trouvé l'idée astucieuse et bien adaptée à leur

condition d'agriculteurs, alors nous l'avons insérée dans le régime des cotisations de la Mutuelle Rurale.

### ✓ **Prestations**

Concernant les prestations, nous avons consulté le **Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique** afin de savoir ce sur quoi l'on peut se baser pour ériger une grille de prestations. De ce rapport il ressort que « le choix des services offerts par la mutuelle doit tenir compte de trois facteurs essentiels :

- les besoins de santé;
- l'offre existante en matière de santé;
- la capacité de contribution financière des membres. »<sup>1</sup>

Nous connaissons l'ensemble des besoins de santé de la population d'Abengourou grâce aux informations sanitaires que nous avons précédemment recueillies. Grâce à nos enquêtes, nous connaissons également les besoins sanitaires que les agriculteurs manifestent ainsi que leur capacité de contribution financière. En considérant ces données nous nous sommes alors inspirés du modèle de la MUGEFCI qui propose des prestations pouvant convenir aux agriculteurs. Cette grille pourrait être définie comme la norme à laquelle seraient astreintes toutes les mutuelles rurales. Par extension elle pourrait être utilisée également comme la norme à laquelle pourraient être astreintes l'ensemble des autres mutuelles régies par la Mutuelle Générale des Couches Sociales Vulnérables :

Les produits pharmaceutiques à hauteur de 70% de leur prix de vente autorisé par les pouvoirs publics. Les 30% restants sont à la charge de l'adhérent ;

-Les soins à hauteur de 70% de leur coût dans la limite du tarif de responsabilité. Les 30% restants sont à la charge de l'adhérent ;

-Toutes les prestations découlant des différents contrats maladies, épargne retraite complémentaire et décès.

---

<sup>1</sup> Programme «Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté» (STEP) du Bureau International du Travail, Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique, Première édition 2000, Deuxième édition 2002, p. 32.

Lesdites prestations seront : les consultations ; les frais d'hospitalisation ; les actes médicaux ; les actes des spécialistes ; les actes de laboratoire ; les actes de radiologie ; les actes de maternité.

● Nous proposons ensuite la création d'une mutuelle au sein de laquelle les artisans seront regroupés. Cette mutuelle sera dénommée « Mutuelle des Artisans ». Chaque département ivoirien aura sa mutuelle des artisans et le nom de ce département sera ajouté devant la dénomination « Mutuelle des Artisans ». Nous aurons donc la « Mutuelle des Artisans d'Abidjan », la « Mutuelle des Artisans de Dabou » etc. Le plan que nous allons proposer sera le modèle de fonctionnement imposé sur l'ensemble du territoire. La mutuelle des artisans fonctionnera comme suit :

#### ✓ *Qualité de membre et de bénéficiaire*

- Toutes personnes exerçant des travaux manuels : les menuisiers, électriciens, maçons, tisserands etc.,
- leurs conjoints ou conjointes, ainsi que leurs enfants mineurs,
- les enfants mineurs orphelins de bénéficiaires,
- le concubin ou la concubine ainsi que les enfants mineurs orphelins de bénéficiaires.

L'adhésion est obligatoire, mais l'on peut démissionner ou être renvoyé de la mutuelle des artisans.

#### ✓ *Organisation et fonctionnement*

- **La direction** : le directeur est le garant du bon fonctionnement de la mutuelle rurale. Il gère le personnel et exécute les décisions émanant du conseil d'administration. Le directeur est élu pour un mandat de trois ans par le conseil d'administration.
- **Un conseil d'administration** : ce sont les représentants des communes ivoiriennes qui composent le conseil d'administration. Ils sont choisis et délégués par la mairie de leur commune respective. Chaque représentant se préoccupe des intérêts de sa commune. Puisque le conseil d'administration élit le directeur, le mandat des représentants ne peut être de trois ans. Il sera de quatre ans. Ce décalage entre la durée

des mandats aura pour résultat qu'il existera toujours un conseil d'administration pour élire le nouveau directeur de la mutuelle.

**-Un commissariat aux comptes :** les commissaires aux comptes auront pour rôle de procéder à la vérification des comptes de la Mutuelle des Artisans. Ils sont nommés pour une période de deux ans selon une procédure d'appel à candidature.

#### ✓ *Régime des cotisations*

Nous avons pu nous rapprocher des artisans pour connaître les prix qu'ils se déclarent prêts à cotiser dans le cadre de la Caisse Communautaire de Solidarité. Nous proposons qu'ils payent mensuellement cinq cents (500) Francs CFA. Pour le cas où ils ne paieraient pas leur cotisation par oubli ou par négligence, nous proposons qu'ils la payent donc en une seule fois. De façon brève, ils peuvent directement payer 6000 Francs CFA pour le compte de l'année en cours, au lieu de verser mensuellement 500 francs CFA.

#### ✓ *Prestations*

Les produits pharmaceutiques à hauteur de 70% de leur prix de vente autorisé par les pouvoirs publics. Les 30% restants sont à la charge de l'adhérent ;

-Les soins à hauteur de 70% de leur coût dans la limite du tarif de responsabilité. Les 30% restants sont à la charge de l'adhérent ;

-Toutes les prestations découlant des différents contrats maladies, épargne retraite complémentaire et décès.

Lesdites prestations seront : les consultations ; les frais d'hospitalisation ; les actes médicaux ; les actes des spécialistes ; les actes de laboratoire ; les actes de radiologie ; les actes de maternité.

● Enfin nous proposons la création d'une mutuelle s'occupant des personnes sans emploi. Elle sera baptisée « Mutuelle des Personnes Sans Emploi ». Il y en aura une par département et le nom de ce dernier sera ajouté devant la dénomination « Mutuelle des Personnes Sans Emploi ». Nous aurons donc la « Mutuelle des Personnes Sans Emploi d'Abidjan », la « Mutuelle des Personnes Sans Emploi de Dabou » etc. Le plan que nous allons proposer sera le modèle de fonctionnement

imposé par département. La Mutuelle des Personnes Sans Emploi se présentera comme suit :

### ✓ *Qualité de membre et de bénéficiaire*

Seront membres de la Mutuelle des Personnes Sans Emploi les personnes en âge de travailler n'ayant pas de profession. Leur conjoint ou conjointe ne sera pas pris(e) en charge car on estime qu'au moins un des deux conjoints doit avoir une profession. Cela veut dire que le ou la conjoint(e) de la personne sans emploi est supposé(e) avoir un travail. Le concubin ou la concubine ne sera pas non plus pris(e) en charge pour la même raison suscitée. Les enfants (qu'ils soient mineurs ou majeurs) ne seront pas non plus pris en compte car on estime qu'au moins un de leur parent doit avoir une profession et doit donc être inscrit dans une mutuelle de santé. Par contre une exception sera faite pour l'enfant mineur orphelin d'un bénéficiaire. Donc en dépit des apparences socialo-communistes de la Caisse Communautaire de Solidarité, une norme d'adhésion précise est imposée aux personnes sans emploi afin de ne pas favoriser le parasitisme.

L'adhésion est obligatoire, mais on peut démissionner ou être renvoyé de la mutuelle des personnes sans emploi.

### ✓ *Organisation et fonctionnement*

- **La direction** : le directeur est le garant du bon fonctionnement de la mutuelle des personnes sans emploi. Il gère le personnel et exécute les décisions émanant du conseil d'administration. Le directeur est élu pour un mandat de trois ans par le conseil d'administration.

- **Un commissariat aux comptes** : les commissaires aux comptes auront pour rôle de procéder à la vérification des comptes de la Mutuelle des Personnes sans Emploi. Ils sont nommés pour une période de deux ans selon une procédure d'appel à candidature.

- **Un bureau du travail** : il est formé des représentants de toutes les branches d'activités professionnelles existant en Côte d'Ivoire. Ce sera une obligation pour tous les souscripteurs de déposer leur curriculum vitae auprès de ce bureau. Le rôle de ce

dernier est donc de chercher à recaser ces personnes sans emploi. La réussite de cette entreprise pourrait potentiellement faire régresser la montée du taux de chômage dans le pays. En fait c'est en cela que réside l'utilité de la Caisse Communautaire. Toute personne recasée dans une branche d'activité professionnelle est bien évidemment enlevée de la liste des souscripteurs de la Mutuelle des Personnes Sans Emploi.

- **Un conseil d'administration** : il sera composé des membres du bureau du travail, des représentants du gouvernement, des commissaires aux comptes ainsi que des représentants des communes. Ils sont tous chargés de faire ensemble le bilan des activités de la mutuelle et de procéder aux ajustements nécessaires. Le conseil d'administration étant très important, puisqu'il a la charge d'élire le directeur, son mandat sera de quatre ans. Ce décalage entre la durée de son mandat et celui du directeur aura pour résultat que le conseil d'administration sera toujours changé après avoir préalablement élu le nouveau directeur de la mutuelle. Ainsi la mutuelle ne sera pas sans directeur durant la mise en place du nouveau conseil.

#### ✓ **Régime des cotisations**

En interrogeant les étudiants sans emploi, nous avons recueilli le montant de la cotisation mensuelle susceptible d'être payée par les personnes sans emploi : cinq cents (500) Francs CFA. Mais étant donné qu'il s'agit des réponses d'étudiants, ce prix ne peut pas être étendu à l'ensemble de toutes les personnes sans emploi. Pour les autres catégories de sans emploi, il faut donc une somme forfaitaire. Nous avons pensé que la somme de cent (100) Francs par mois peut être accessible à toutes les bourses.

#### ✓ **Prestations**

Les produits pharmaceutiques à hauteur de 70% de leur prix de vente autorisé par les pouvoirs publics. Les 30% restants sont à la charge de l'adhérent ;

-Les soins et prothèses dentaires à hauteur de 70% de leur coût dans la limite du tarif de responsabilité. Les 30% restants sont à la charge de l'adhérent ;

-Toutes les prestations découlant des différents contrats maladies, épargne retraite complémentaire et décès.

Lesdites prestations seront : les consultations ; les frais d'hospitalisation ; les actes médicaux ; les actes des spécialistes ; les actes de laboratoire ; les actes de radiologie ; les actes de maternité.

Dans le cadre de notre projet, nous avons conçu un logotype pour la Caisse Communautaire de solidarité. La schématisation suivante représente le logo :



Le logo représente une tirelire dont le cadenas signifie la sécurité, et dont les couleurs sont : le vert, le rouge et le jaune. Les billets de banque en image de fond mettent l'accent sur la tâche affectée à cette boîte qu'est la tirelire : renfermer de l'argent. Nous avons choisi le vert pour signifier spécifiquement que l'avenir sera meilleur avec la réalisation de ce projet. Dans l'esprit des iconographes du Moyen-âge, le rouge vif représente l'incandescence, l'activité. Nous avons donc choisi le rouge pour signifier que c'est au prix d'un travail acharné que le peuple a gagné l'argent déposé dans cette tirelire. Parce que l'on attribue souvent le sentiment de l'orgueil au jaune, nous avons choisi cette couleur pour signifier tout l'orgueil que la Côte d'Ivoire peut tirer de la réussite de ce projet qui fera d'elle un pays-phare dans toute l'Afrique.

Les souscripteurs de la Caisse Communautaire de Solidarité posséderont tous leur carte d'adhérent. Sur cette carte seront inscrites toutes les informations les concernant : nom, prénoms, date de naissance, profession et groupe sanguin. Les dimensions de la carte sont : 8,5cm de long sur 5,5cm de large. Les couleurs de la carte sont celles du drapeau de la Côte d'Ivoire : **l'orange**, riche et généreuse, qui rappelle la couleur de la terre des savanes du centre du pays ; **le blanc** qui symbolise l'espérance dans l'union et dans la paix ; **le vert** qui rappelle le vert de la forêt, de la



nature et de la fécondité, la certitude d'un avenir meilleur. Sur toute l'étendue du territoire, la carte magnétique sera physiquement la même. Ce qui différenciera les cartes de deux souscripteurs sont :

- le nom de la mutuelle de santé,
- la photo du souscripteur, ses noms et prénoms, sa date de naissance, sa profession et son groupe sanguin, ainsi que le numéro de série de la carte. (Voici deux exemples ci-dessous).



**Recto de la carte**



**Recto de la carte**

Le verso de la carte est le même pour tout le monde et se présentera ainsi :



## **V/-2- Elaboration des stratégies de communication pour garantir le contact entre les mutuelles de santé et leurs souscripteurs**

En interrogeant les mutualistes et le directeur des Ressources Humaines de la MUGEFCI, nous avons pu déceler une très faible communication entre cette structure mutualiste et ses souscripteurs. Bien que n'ayant pu interroger aucun mutualiste du Fonds de Prévoyance Militaire, nous pensons que la stratégie de communication de cette structure mutualiste est également faible. Ce sont les réponses du Responsable en Communication de cette structure qui nous ont édifiés dans cette idée. Pour toutes ces raisons, nous voulons élaborer une stratégie de communication susceptible de mieux servir les intérêts des structures mutualistes.

La stratégie de communication est définie comme l'«ensemble des moyens de communication qu'une entreprise met en œuvre pour transmettre à ses publics cibles toutes les informations nécessaires à l'établissement d'un contact durable avec eux, dans la perspective d'influencer leur comportement dans un sens favorable à ses objectifs »<sup>1</sup>. Une stratégie de communication se déroule en plusieurs étapes. Avant d'évoquer ces étapes, il faut remarquer que toute stratégie de communication est préalablement précédée d'un questionnement qui se présente comme suit :

1. Quoi : quel produit, service, action, veut-on promouvoir ?
2. Pourquoi : quels sont les objectifs ? (type d'objectifs : de notoriété, commerciaux...)
3. A qui : auprès de quelles cibles? (définition des cibles, et de leurs freins et motivations.)
4. Combien : quel budget est-il alloué ?
5. Comment : par quels moyens adaptés à chaque cible et en fonction du budget ?
6. Quand : selon quel planning ?

Quant aux étapes elles sont au nombre de quatre et elles se présentent comme suit :<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> [http://www.danielsidler.com/strategie\\_communication.htm](http://www.danielsidler.com/strategie_communication.htm), consultation du site le vendredi 29 août 2008.

<sup>2</sup> Idem, consultation du site le vendredi 29 août 2008.

- a- L'analyse marketing de l'entreprise (sa culture, ses valeurs, sa place sur le marché) et du produit, de la marque, du contexte concurrentiel, des besoins exprimés ou à susciter, des méthodes de fabrication... aboutit à un positionnement du produit.
- b- Elaboration des différentes actions de création en fonction des cibles retenues et du positionnement : axes et thèmes des messages ; visuels, symboles, charte graphique...
- c- Choix des moyens de communication (communication externe : media et supports ; marketing direct ; promotion des ventes ; relations presse ; relations publiques ; site internet... Communication interne : intranet, presse d'entreprise...)
- d- Contrôle des résultats et, le cas échéant, réajustement des objectifs, moyens ou supports.

Dans ce travail nous allons établir une stratégie de communication permettant ou favorisant un contact régulier entre les mutuelles de santé et leurs souscripteurs. Cette stratégie de communication se divise en deux stratégies de communication qui ont des buts bien spécifiques. La première stratégie à élaborer doit permettre aux souscripteurs de toujours bien connaître la gamme des prestations et des prérogatives auxquelles leur souscription leur donne droit. La deuxième stratégie de communication, quant à elle, doit permettre aux mutuelles de toujours connaître les besoins réels de leurs souscripteurs afin de renouveler leur grille des prestations.

#### **V/-2-1- Une stratégie de communication pour permettre au mutualiste de mieux connaître ses prérogatives et l'ensemble des prestations fournies par sa mutuelle**

Il est question d'élaborer une stratégie favorisant le contact entre les mutuelles et les souscripteurs afin que ces derniers soient désormais en mesure de toujours connaître la gamme des prestations et des prérogatives auxquelles leur souscription leur donne droit. Si nous élaborons cette stratégie c'est parce que nos recherches documentaires nous ont fait remarquer que certains souscripteurs des mutuelles existantes manifestent le désir de ne plus appartenir à plusieurs mutuelles à la fois à cause du poids des cotisations. Il leur suffisait juste de démissionner plutôt que de se plaindre ; en effet, bien que l'accès aux mutuelles soit obligatoire, les souscripteurs

peuvent démissionner ou être renvoyés. Ces plaintes semblent prouver que les mutualistes ne connaissent pas l'ensemble de leurs prérogatives. Les résultats du questionnement des mutualistes ont, par la suite, confirmé notre idée : les structures mutualistes ne communiquent pas assez sur ce qu'elles sont et ce qu'elles font. Nous allons donc tenter d'élaborer une stratégie pour qu'à l'avenir aucun mutualiste n'ignore aucune information importante concernant sa mutuelle de santé. Au vu des étapes par lesquelles passe une stratégie de communication, nous estimons que pour notre travail, certaines étapes sont plus à privilégier que d'autres.

Voici les étapes que nous avons écartées. Il s'agit de la première et de la deuxième étape :

- L'analyse marketing de l'entreprise (sa culture, ses valeurs, sa place sur le marché) et du produit, de la marque, du contexte concurrentiel, des besoins exprimés ou à susciter, des méthodes de fabrication... aboutit à un positionnement<sup>1</sup> du produit.
- Elaboration des différentes actions de création en fonction des cibles retenues et du positionnement : axes et thèmes des messages ; visuels, symboles, charte graphique...

Ces deux étapes ont été écartées pour des raisons précises. Prenons le cas de la première étape. La stratégie que nous voulons élaborer a pour but de permettre aux souscripteurs de mieux connaître leurs prérogatives et les prestations de leurs mutuelles de santé. Donc il ne s'agit plus ici de la détermination des besoins d'un public-cible ni de la détermination du profil d'un produit, d'une marque ou des méthodes de sa fabrication. Notons que la raison même de l'établissement de cette stratégie suggère que tout cela a déjà été préalablement défini. En effet nous avons déjà défini notre public-cible et notre objectif publicitaire. De plus il s'agit de mutuelles d'Etat dont l'adhésion est obligatoire, ce qui n'est pas idéal pour un contexte concurrentiel. Il en est à peu près de même pour la deuxième étape. En effet nous ne nous fixons pas le but d'attirer une clientèle ; par conséquent nous n'avons

---

<sup>1</sup> Le positionnement est un terme dont la définition peut varier selon le contexte d'usage. Dans son usage dominant, le positionnement correspond à la position qu'occupe un produit dans l'esprit des consommateurs face à ses concurrents sur différents critères (prix, image, caractéristiques). Dans une logique volontariste, le positionnement peut désigner le positionnement recherché par l'entreprise et non celui perçu par les consommateurs. Enfin, dans une optique d'action (usage rare), le terme peut désigner l'ensemble des actions entreprises pour obtenir la position souhaitée dans l'esprit des consommateurs. Le positionnement des différents offreurs sur un marché peut être visualisé grâce à une carte conceptuelle.

pas à élaborer de messages publicitaires destinés à captiver les populations et à les pousser à adhérer à une mutuelle de santé.

Les étapes qui joueront un rôle dans l'élaboration de cette stratégie sont la troisième et la quatrième étape.

- Le choix des moyens de communication (communication externe : media et supports ; marketing direct ; promotion des ventes ; relations presse ; relations publiques ; site internet... Communication interne : intranet, presse d'entreprise...) ;
- Le contrôle des résultats et, le cas échéant, le réajustement des objectifs, moyens ou supports.

En considérant ces étapes, notre stratégie publicitaire se présentera comme suit :

✓ *Détermination des moyens de communication :*

En communication nous distinguons les moyens média (télévision, radio, affiche, presse écrite etc.) et les moyens hors-média (relations publiques, salons et foires, publicité sur lieu de vente etc.). Compte tenu de l'effet que nous recherchons, nous choisissons d'user des moyens de communication hors-média. Au niveau de ces derniers, le moyen qui sera privilégié est la publicité sur lieu de vente. Surnommée PLV, la publicité sur lieu de vente (PLV) est l'ensemble des moyens de communication mis en œuvre par les entreprises pour promouvoir leurs produits sur le lieu de vente. Par le biais de la publicité sur lieu de vente la mutuelle de santé peut distribuer des affichettes et prospectus explicatifs à ses adhérents. Elle peut également diffuser une vidéo (film d'entreprise) donnant d'amples détails sur ses prestations et sur les prérogatives de ses adhérents.

DEMONT L., KEMPF A., RAPIDEL M. et SCIBETTA C. font état de nouveaux médias. Leur développement « *et en particulier du multimédia risque de bouleverser dans un avenir proche le domaine de la communication. Les supports sont très nombreux et les domaines d'utilisation très variés.*<sup>1</sup> ». Parmi ces supports trop coûteux pour le cadre africain (minitel, visiophone etc.), nous avons spécifiquement ciblé le Compact Disk Interactif (CD-I). Produit par l'entreprise, il

---

<sup>1</sup> DEMONT L., KEMPF A., RAPIDEL M. et SCIBETTA C., *Communication des entreprises, stratégies et pratiques*, éditions Nathan, 1996, p. 126.

contient toutes les informations la concernant et répond généralement à presque toutes les questions que peut se poser un individu sur ladite entreprise. A l'aide du CD-I, nous pensons que toute mutuelle de santé pourra mieux informer ses souscripteurs.

✓ *Contrôle des résultats et réajustement :*

Le contrôle des résultats a pour but de permettre à la mutuelle de savoir si la clientèle est satisfaite de ses prestations afin de déterminer s'il y a lieu de réajuster ses objectifs publicitaires, de procéder à un nouveau choix des moyens et supports de communication. Cette étape à n'en point douter souligne donc l'importance qu'une entreprise accorde au fait de déterminer les besoins réels de son public-cible. Il est tout à fait normal et même souhaitable qu'une entreprise cherche périodiquement à savoir si ses offres sont toujours en adéquation avec les besoins de ses clients en particulier, et de son environnement en général. C'est donc parce que cela est important, que nous proposons aux mutuelles de santé de chercher à déterminer, à chaque fin d'année, les nouveaux besoins de leurs souscripteurs. En le faisant uniquement à la fin de l'année, cela ne leur reviendra pas cher ; c'est simple et pratique pour la mutuelle comme pour les souscripteurs.

**V/-2-2- Une stratégie de communication pour permettre à la mutuelle de connaître les besoins réels de ses souscripteurs**

Nous sommes toujours dans la dynamique d'idée nous ayant poussé à élaborer la stratégie de communication qui précède. Donc nous sommes toujours en train de chercher comment pallier l'insuffisance de communication entre souscripteurs et mutuelles de santé. La stratégie de communication que nous allons proposer ici va privilégier, en toute logique, la dernière étape de l'élaboration d'une stratégie publicitaire : « Le contrôle des résultats et, le cas échéant, le réajustement des objectifs, moyens ou supports. ». La réalisation de cette stratégie passera par l'usage des moyens de communication hors-média. A cet effet, le moyen qui nous sera le plus utile est le marketing direct. Le marketing direct ou mercatique directe se définit comme une « *démarche commerciale qui se caractérise par une approche du client*

*sans intermédiaire, personnalisée et à distance*»<sup>1</sup>. Il peut se définir aussi comme « *une forme de communication interactive qui établit un dialogue durable avec le client (ou le prospect) en utilisant un ou plusieurs supports* »<sup>2</sup>. A travers le marketing direct il sera aisé pour la mutuelle de mieux connaître les besoins de ses souscripteurs car en marketing direct « *la cible (client ou prospect) se voit transmettre l'offre par publipostage, téléphone (« mailing »), minitel ou imprimés sans adresse déposés dans les boîtes à lettres. En même temps, sont fournis au prospect des moyens de répondre facilement à ces offres (par exemple des coupons-réponses)* »<sup>3</sup>. Notons qu'il existe deux sortes de marketing direct :

- le marketing direct adressé qui concerne les imprimés sans adresses (prospectus, offre promotionnelle etc.) déposés dans les boîtes à lettre ou que l'on distribue en pleine rue ;
- le marketing direct non adressé qui est basé sur des fichiers personnalisés et qui prend trois formes :
  - le marketing direct vendeur dont l'objectif est de provoquer un achat immédiat ;
  - le marketing direct de qualification qui permet d'identifier des prospects qui seront ensuite traités grâce à d'autres moyens commerciaux ;
  - le marketing direct de fidélisation dont l'objectif est de créer puis d'entretenir des relations suivies avec des prospects et des clients, au travers d'une communication très personnalisée.

Compte tenu des moyens financiers considérables que les deux premières formes suggèrent, elles seront écartées. Nous allons considérer uniquement la troisième forme car elle fait gagner plus de temps à la mutuelle, de plus elle ne la fait pas trop dépenser. Il sera donc question pour la mutuelle de santé d'élaborer un imprimé retraçant ses offres ou prestations, de les distribuer à ses mutualistes et de demander leurs avis. Les mutualistes renverront leurs réponses aux responsables des

---

<sup>1</sup> GILARDI J.C., KOEHL M., KOEHL J.-L., *Dictionnaire de mercatique*, édition Foucher, p. 222.

<sup>2</sup> DEMONT L., KEMPF A., RAPIDEL M. et SCIBETTA C., *Communication des entreprises, stratégies et pratiques*, éditions Nathan, 1996, p. 134.

<sup>3</sup> GILARDI J.C., KOEHL M., KOEHL J.-L., *Dictionnaire de mercatique*, édition Foucher, p. 222.

mutuelles et les besoins seront examinés. S'il y a besoin de réorienter les prestations, la mutuelle pourra ainsi prendre les dispositions nécessaires. Cela sera alors assez aisé grâce aux réponses envoyées par les mutualistes. Cette action de communication peut se faire à la fin de l'année. Les informations obtenues pourront permettre à la mutuelle de mieux réaliser l'étape du contrôle et du réajustement des résultats.

Nous finissons ainsi d'établir les deux stratégies pouvant être utilisées par les mutuelles de santé. Bien qu'ayant chacun un but bien précis, ces deux stratégies de communication élaborées constituent un seul bloc puisque leur but final est de toujours rapprocher un peu plus les mutuelles de leurs adhérents et vice-versa.

## **Chapitre VI/ Les agriculteurs face aux enjeux de la communication pour le changement de comportement**

Après avoir pu entendre les plaintes des agriculteurs durant nos travaux de terrain à Abengourou, nous avons pensé à élaborer le présent programme de Communication pour le Changement de Comportement. Pour le cas où ce projet serait retenu par les gouvernants ivoiriens, ce programme de Communication pour le Changement de Comportement pourrait servir à redonner aux agriculteurs une meilleure confiance en les organisations mutualistes. La conception de cette Communication pour le Changement de Comportement s'inspire des divers manuels de CCC et IEC précédemment évoqués. Cependant, nous nous sommes beaucoup appuyés sur le manuel de Mme A. SECK.<sup>1</sup>

### **VI-1- Elaboration d'un plan d'action de CCC et techniques de communication pour le changement de comportement**

#### **VI-1-1- Démarche d'élaboration d'un plan d'action de communication pour le changement de comportement**

---

<sup>1</sup> Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement (CCISD), projet d'appui à la lutte contre le sida en Afrique de l'Ouest/Sida 3, A. SECK, Module de formation en communication pour le changement de comportement (CCC), manuel de l'animatrice ou de l'animateur, juin 2003.



Comportements à risques	Comportements souhaités	Auditoires-cibles	Messages-clés	Canaux de communication	Activités à mener	Suivi/évaluation
<p>Refuser d'adhérer à une mutuelle de santé. Se méfier des organismes d'Etat.</p> <p>Pratiquer l'automédication ou recourir uniquement à la médecine traditionnelle</p>	<p>Faire confiance aux organismes étatiques. Accepter d'adhérer à une mutuelle de santé</p> <p>Accepter de payer les cotisations pour la mutualité</p> <p>Ne plus user uniquement de la médecine traditionnelle ; recourir aux soins modernes</p>	Les agriculteurs ivoiriens	Adhérer à la mutuelle rurale, c'est réduire la cherté de l'accès aux soins médicaux	<p>Canal institutionnel : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, les structures mutualistes elles mêmes etc.</p> <p>canal médiatique : radio, télévision.</p> <p>Canal socio-traditionnel ou socioculturel : chefs coutumiers, notables, griots, chefs de quartier etc.</p>	<p>Formation et envoi en milieu rural d'agents de sensibilisation dont le rôle sera de discuter avec les agriculteurs et de leur expliquer tout ce qu'ils ont besoin de savoir sur la mutuelle rurale.</p> <p>Distribution de dépliants explicatifs sur la mutuelle rurale</p> <p>Elaboration de films et de messages publicitaires</p> <p>Projection de films vidéo durant les campagnes de sensibilisation en milieu rural</p>	<p>Suivi semestriel</p> <p>Evaluation à mi-parcours et finale</p>

## VI/-1-2- Techniques de communication pour le changement de comportement

Techniques	Avantages	Inconvénients	Utilisation
Causerie éducative	Elle porte sur un thème spécifique, elle est interactive et de courte durée (15 à 20 minutes). Le nombre restreint des groupes (15 personnes) permet une évaluation facile du message.	Elle ne s'adapte pas aux grands groupes, elle demande nécessairement une bonne maîtrise de la langue locale et une bonne connaissance socioculturelle du milieu. Elle demande une bonne connaissance de la technique de causerie.	Il faut d'abord bien s'exercer avant la causerie et ensuite apprêter les lieux de la causerie. Un lieu de causerie bien préparé, c'est non seulement un lieu aéré et loin des bruits, mais aussi un lieu dont les tables et chaises sont disposées en demi-cercle
Discussions de groupe	Les membres du groupe peuvent comprendre les points de vue, la position, les doutes, inquiétudes de chacun sur la question. Cela favorise l'échange d'opinions, la compréhension et une meilleure disposition à adopter le comportement voulu.	Les discussions doivent être dirigées par des animateurs ou animatrices. Il faut beaucoup d'attention pour ne pas aller hors-sujet.	La discussion ne s'utilise qu'avec un public intéressé à discuter d'un sujet donné. Elle se doit d'être toujours souple et informelle. Ce sont les membres du groupe qui sont les seuls à décider de la position qu'ils souhaitent adopter.
Visite à domicile	Cela favorise une bonne prise de contact et un établissement de bonnes relations entre les agents de sensibilisation envoyés sur le terrain et les familles. La visite à domicile peut parfois fournir sur les familles des informations que l'on ne pourrait acquérir autrement, de plus elle peut permettre d'encourager les familles à participer aux activités de groupe.	L'agent de sensibilisation ne peut pas rendre visite à toutes les familles du milieu ; de plus seules les familles se trouvant dans des lieux accessibles peuvent être visitées par les agents.	L'intervenant doit être très correct et très discret. Il est nécessaire d'établir une fiche de visite à domicile, d'établir des dossiers pour les familles visitées. Il faut établir un calendrier des visites à domicile pour prévoir le temps pour les autres activités. Il faut distribuer de la documentation aux familles visitées.
Démonstration avec un petit groupe	Les participants et participantes peuvent prendre connaissance du fonctionnement de la mutuelle rurale et de leur rôle au sein de cette mutuelle. Ils sont ainsi convaincus que les choses peuvent se faire facilement et cela leur donne une plus grande confiance en l'agent de sensibilisation. Le nombre restreint du groupe (15 personnes) permet une évaluation facile du message.	Cela demande une préparation, une bonne orientation du thème et des ressources spécifiques pour la démonstration.	Il faut répéter à l'avance la démonstration. Le public-cible devrait participer à cette démonstration.
Entretien	Durée de contact en fonction de l'état des	L'entretien ne saurait se faire sans un guide	Bien choisir le moment de

individuel	connaissances de la personne. Le lieu doit être bien choisi pour l'intimité de l'entretien.	d'entretien ou un questionnaire. L'agent de sensibilisation doit avoir une bonne maîtrise des techniques d'entretien.	l'entretien ; respecter les étapes de la technique d'entretien.
Projection de films suivie de débats	Possibilité de combiner l'écoute et la vue ; Possibilité de commenter les séquences ; Possibilité de recueillir les réactions du groupe ; Possibilité de faire des recommandations.	Requiert des moyens techniques généralement chers.	Une bonne inspection du matériel avant la projection ; Une bonne maîtrise de l'utilisation du matériel audiovisuel.

## VI/-2- Conception et élaboration des messages, étapes du changement de comportement

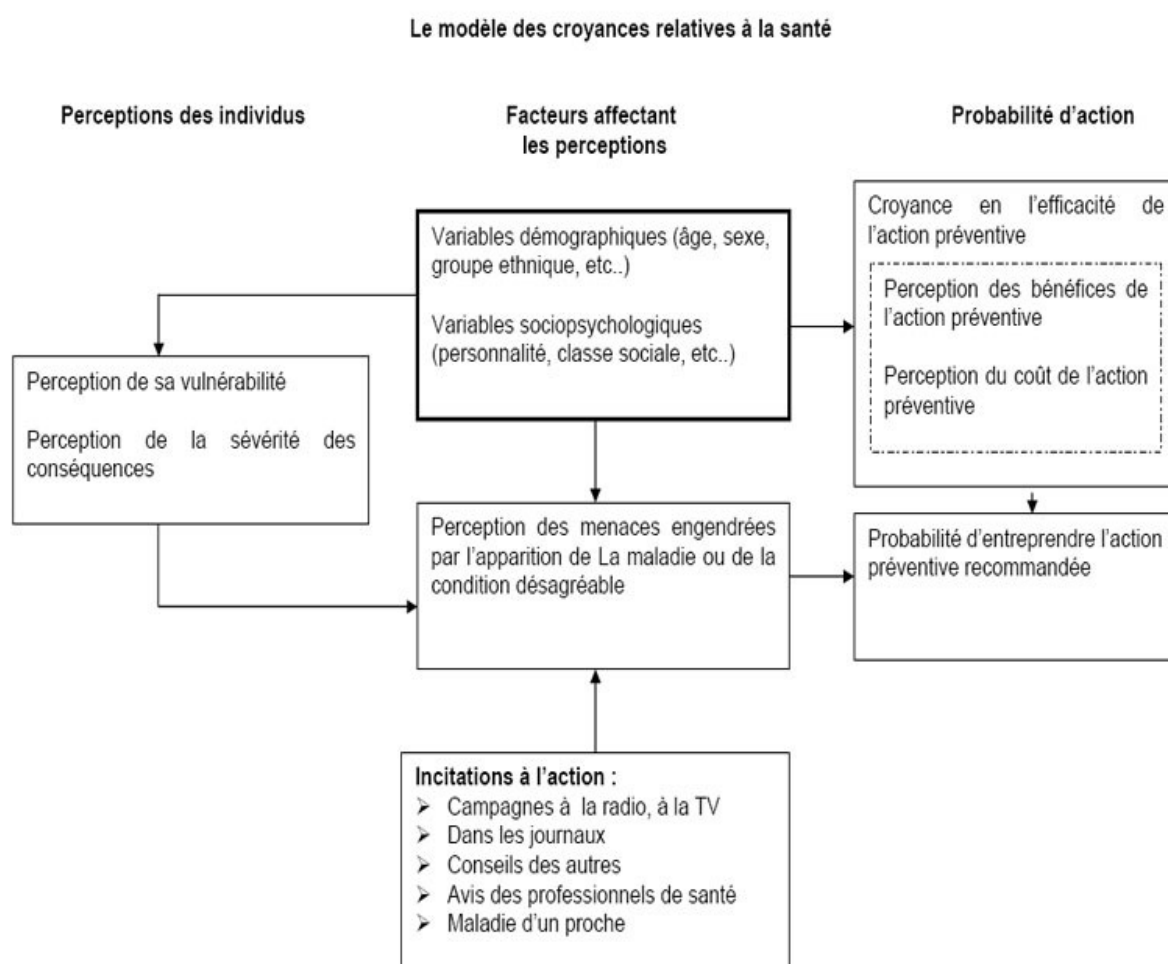
### VI/-2-1- Conception et élaboration des messages

Comportements à changer	Comportements souhaités	Messages-clés	Arguments
<p>Refuser d'adhérer à une mutuelle de santé. Se méfier des organismes d'Etat.</p> <p>Pratiquer l'automédication ou recourir uniquement à la médecine traditionnelle</p>	<p>Accepter d'adhérer à une mutuelle de santé, accepter de payer les cotisations pour la mutualité. Faire confiance aux organismes d'Etat</p> <p>Ne plus user uniquement de la médecine traditionnelle ; recourir aux soins modernes.</p>	<p>Adhérer à la mutuelle rurale, c'est réduire la cherté de l'accès aux soins médicaux.</p>	<p>La mutuelle de santé ne ruine pas, elle vous soutient financièrement durant l'affection de votre état de santé.</p> <p>La mutuelle de santé donne accès à des facilités médicales et pharmaceutiques.</p> <p>Personne n'est à l'abri des maladies ni des revers de fortune. S'inscrire dans une mutuelle rurale, c'est empêcher le faible pouvoir d'achat d'être un obstacle à l'accès aux soins médicaux.</p> <p>L'automédication est dangereuse et la médecine traditionnelle a ses limites.</p> <p>L'inscription dans une mutuelle rurale est une garantie d'un bon état de santé pour vous, votre conjoint(e) et vos enfants.</p>

## VI/-2-2- Etapes du changement de comportement

Nous étudierons le changement de comportement en nous servant de chacun des modèles théoriques que nous avons retenus pour établir la communication pour le changement de comportement. Il s'agit du modèle des croyances relatives à la santé, de la théorie sociale cognitive, de l'action raisonnée. La bonne réalisation de cette partie du travail nécessite une représentation schématique des modèles théoriques. Leurs variables respectives étant représentées sur ces schémas, il sera facile pour tout lecteur de suivre la description des variables dans les tableaux, dans les pages suivantes. Les schémas sont issus du manuel de Mme A. SECK.

### Schéma 1<sup>1</sup>



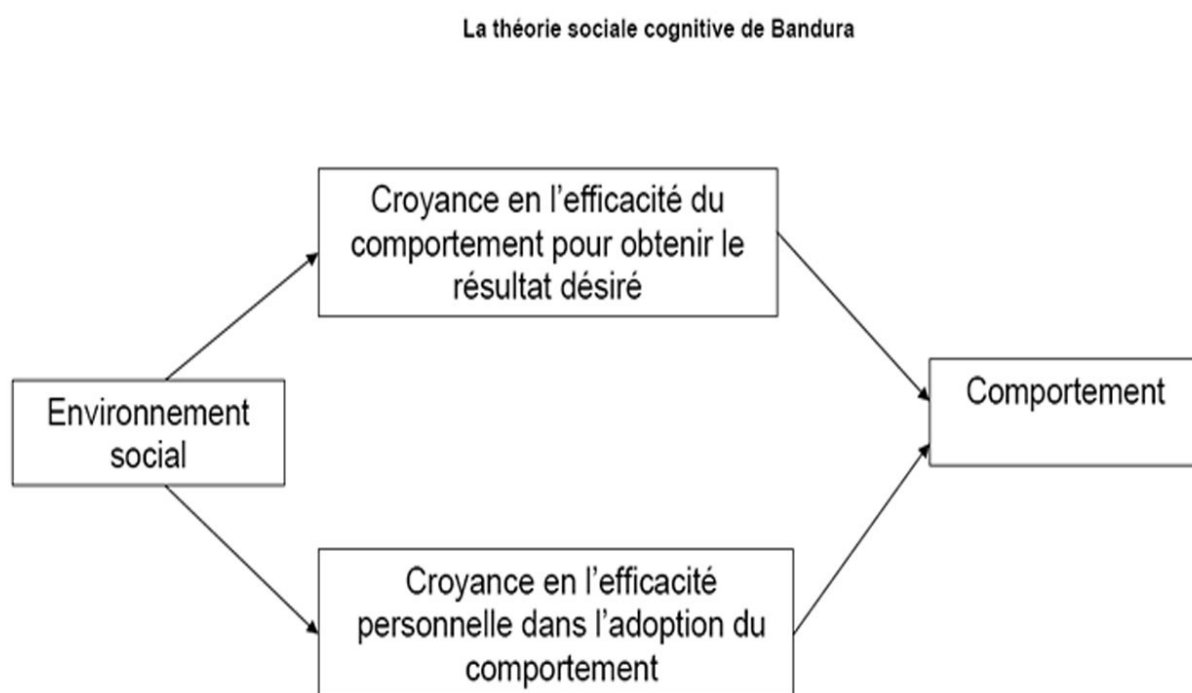
<sup>1</sup> Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement (CCISD), projet d'appui à la lutte contre le sida en Afrique de l'Ouest/Sida 3, SECK Awa, Module de formation en communication pour le changement de comportement (CCC), manuel de l'animatrice ou de l'animateur, juin 2003, page 29.

## Description des variables explicatives du modèle des croyances relatives à la santé

Variables	Description des variables
Perceptions des individus	<p>Pour obtenir le changement de comportement souhaité il faut que l'agriculteur perçoive ce en quoi il est vulnérable s'il n'intègre pas une mutuelle, donc l'agent de sensibilisation doit faire ressentir à l'agriculteur les conséquences qui découleront de son refus à intégrer une mutuelle. <b>Exemple : M. l'agriculteur, si vous-mêmes et/ou quelqu'un de votre famille tombe malade, que feriez-vous si vos moyens financiers sont insuffisants pour supporter le coût des soins médicaux ?</b></p> <p>En se rendant compte de la sévérité de ces conséquences, l'agriculteur entrevoit déjà les menaces engendrées par l'apparition de la maladie. <b>Exemple : Si vos moyens financiers sont insuffisants, vous et/ou votre famille pourriez bêtement mourir ainsi, or c'est le rôle de la mutuelle de supporter tout ou partie des dépenses pour vous.</b></p>
Facteurs affectant les perceptions	<p>Toutefois ces perceptions peuvent être affectées par des variables démographiques comme l'âge et le sexe. En effet selon la <u>contribution des ménages ruraux au financement de l'assurance maladie universelle en Côte d'Ivoire: une analyse à partir du modèle Tobit censuré</u>, les jeunes chefs de famille n'accordent pas une grande importance à la santé vu qu'ils se sentent vigoureux. Par contre les chefs de famille âgés et surtout en mauvais état de santé se montrent plus disposés. L'ouvrage montre aussi que les femmes accordent plus d'importance à la santé que les hommes. Les variables socio psychologiques comme la personnalité, le niveau d'études etc. jouent aussi en ce sens que l'importance pour la santé varie par humain et que les lettrés sont plus soucieux de la santé que les analphabètes. <b>Exemple : L'analphabète peut penser : ces histoires de blancs sont incompréhensibles. Nos ancêtres, quand ils sont malades, utilisent les plantes médicinales. Pourquoi n'allons-nous pas en faire autant ? Ces facteurs sont susceptibles d'affecter la probabilité d'action.</b></p>
Probabilité d'action	<p>Elle est en rapport avec les deux variables précédentes. Les perceptions des individus augmentent la probabilité d'action en ce sens que les agriculteurs ont perçu les bénéfices de l'adhésion à une mutuelle. Ce qui poussera les agriculteurs à entreprendre cette action préventive, c'est la perception de l'ensemble des menaces engendrées par l'apparition de la maladie. <b>Exemple : Si je n'adhère pas à la mutuelle rurale, moi-même et/ou les miens décèderons si je me retrouve dans l'incapacité de supporter le coût des soins médicaux.</b></p> <p>Cette probabilité d'action est encore plus accrue si le coût de l'action préventive est à portée de leur bourse. <b>Exemple : En adhérant à une mutuelle rurale, je ne me ruine pas car ce n'est pas cher et en plus je me protège moi et ma famille contre l'éventualité que je ne puisse supporter le coût des soins médicaux.</b></p> <p>Toutefois, à cette probabilité d'action peuvent nuire les facteurs affectant la perception. <b>Exemple : Ces agents de sensibilisation exagèrent, il n'y a aucune maladie que les plantes médicinales ne puissent guérir. C'est plus pratique et surtout moins cher.</b></p>
Incitation à l'action	La probabilité d'action est susceptible d'être augmentée par les

	campagnes à la télé, la radio etc., les conseils des autres et des professionnels, la maladie d'un proche. Certaines de ces incitations (maladie d'un proche, conseil des autres) sont réellement de taille à contrebalancer les effets des facteurs affectant les perceptions. <b>Exemple : Je vais vite m'inscrire dans une mutuelle. Je ne veux pas subir le même sort que mon ami dont l'enfant est mort parce qu'il ne pouvait pas supporter le coût des soins médicaux.</b>
--	---

## Schéma 2<sup>1</sup>



Sur la page suivante nous nous pencherons sur la description des variables de cette théorie.

## Description des variables explicatives de la théorie sociale cognitive

<sup>1</sup> Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement (CCISD), projet d'appui à la lutte contre le sida en Afrique de l'Ouest/Sida 3, SECK A., Module de formation en communication pour le changement de comportement (CCC), manuel de l'animatrice ou de l'animateur, juin 2003, page 30.

Variables	Description des variables
-----------	---------------------------

<p>Croyance en l'efficacité du comportement pour obtenir le résultat désiré</p>	<p>La symbolisation, l'imitation, la prévoyance, l'autorégulation et l'auto-analyse sont des capacités humaines déterminant les comportements humains.</p> <p>Par la symbolisation l'agent de sensibilisation peut faire percevoir à un agriculteur les conséquences de la non-adhésion à une mutuelle de santé. <b>Exemple : Si vous agissez comme votre ami, en intégrant une mutuelle de santé, vous pourrez alors bénéficier des mêmes avantages que lui.</b></p> <p>L'imitation fait référence à la capacité de l'individu à apprendre à partir de l'observation des autres. Cet apprentissage par observation, convenons-en, rejoint la symbolisation. En lui faisant percevoir qu'il bénéficierait au sein d'une mutuelle des mêmes avantages que son ami agriculteur, l'agent de sensibilisation amène le paysan envisager l'adhésion à une mutuelle de santé. <b>Exemple : Si j'imité mon camarade agriculteur en intégrant une mutuelle de santé, moi et ma famille serons protégés contre les maladies.</b></p> <p>Mais jusque là le pas n'est pas encore réellement franchi, c'est au niveau de la prévoyance qu'il aura lieu. En voyant clairement les manifestations de la mutuelle de santé dans la vie de son ami agriculteur il va franchir lui-aussi le pas. <b>Exemple : C'est donc vrai ce que dit cet agent de sensibilisation. Mon ami n'est pas très riche mais grâce au secours de la mutuelle il a pu se soigner convenablement et il a même pu acheter tous les médicaments. Moi-aussi je vais m'inscrire.</b></p> <p>Les étapes de l'autorégulation et de l'auto-analyse concernent le renforcement de ce nouveau comportement adopté par les agriculteurs. Le renforcement de leur décision d'adhésion à la mutualité a un impact direct sur la croyance de l'efficacité personnelle dans l'adoption du comportement.</p>
<p>Croyance en l'efficacité personnelle dans l'adoption du comportement</p>	<p>Cette croyance détermine l'augmentation ou la diminution du degré du niveau de motivation de l'individu dans la tenue du nouveau comportement. <b>Exemple : je regrette/je ne regrette pas d'avoir décidé d'adhérer à la mutuelle rurale.</b></p> <p>La croyance en l'efficacité personnelle intervient après un long processus dont certaines étapes sont déjà définies au niveau de la croyance en l'efficacité du comportement pour obtenir le résultat désiré. Le renforcement de la croyance en l'efficacité personnelle dans l'adoption du comportement intervient avec les étapes de l'autorégulation et l'auto-analyse.</p> <p>Par l'autorégulation, on voit l'interaction qui a lieu entre l'individu et la société. A partir des standards moraux, sociaux etc. il régule le niveau de sa motivation. <b>Exemple : Tous mes amis sont en train de s'inscrire dans la mutualité, comme moi. C'est donc que je suis sur la bonne voie, alors je continue à rester inscrit.</b></p> <p>Par l'autoanalyse, l'individu fait une sorte de bilan de son action afin d'en percevoir encore mieux l'utilité de sa décision et son bilan se fait en comparaison des résultats (succès, échecs) des autres individus avec ses propres résultats.</p> <p><b>Exemples : Depuis que je suis inscrit dans une mutuelle ma famille et moi avons manifestement une meilleure santé, alors je dois continuer à souscrire.</b></p> <p><b>si l'enfant de mon voisin est décédé c'est parce qu'il n'avait non seulement pas les moyens de le soigner mais il n'avait pas non plus souscrit à une mutuelle de santé. Je dois continuer à être inscrit.</b></p>



	La persévérance dans le nouveau comportement adopté sera le fruit des résultats provenant de ce bilan, ou encore des encouragements de l'entourage. <b>Exemple : Tu as bien fait d'adhérer à la mutualité. Tu verras que c'est la fin de tes problèmes de santé et de ceux de ta famille.</b>
Environnement social	L'environnement social est un facteur jouant dans le renforcement de la croyance en l'efficacité personnelle dans l'adoption du comportement. C'est la satisfaction ou l'insatisfaction que l'agriculteur ressent en observant ce qui se passe autour de lui qui le déterminera à rester inscrit ou non dans la mutualité.
Comportement	Le comportement n'est que l'aboutissement, la concrétisation de tout le processus. En fonction des autres variables ce comportement peut être positif ou négatif. C'est-à-dire que l'individu peut résolument adopter le comportement qu'on attend de lui, ou alors il peut y renoncer si le bilan ne lui plaît pas. Dans le cas d'espèce le résultat qui est souhaité de la part des agriculteurs est qu'ils soient et demeurent inscrits dans des mutuelles rurales.

### Schéma 3<sup>1</sup>

(Voir page suivante)

<sup>1</sup> Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement (CCISD), projet d'appui à la lutte contre le sida en Afrique de l'Ouest/Sida 3, SECK Awa, Module de formation en communication pour le changement de comportement (CCC), manuel de l'animatrice ou de l'animateur, juin 2003, page 31.









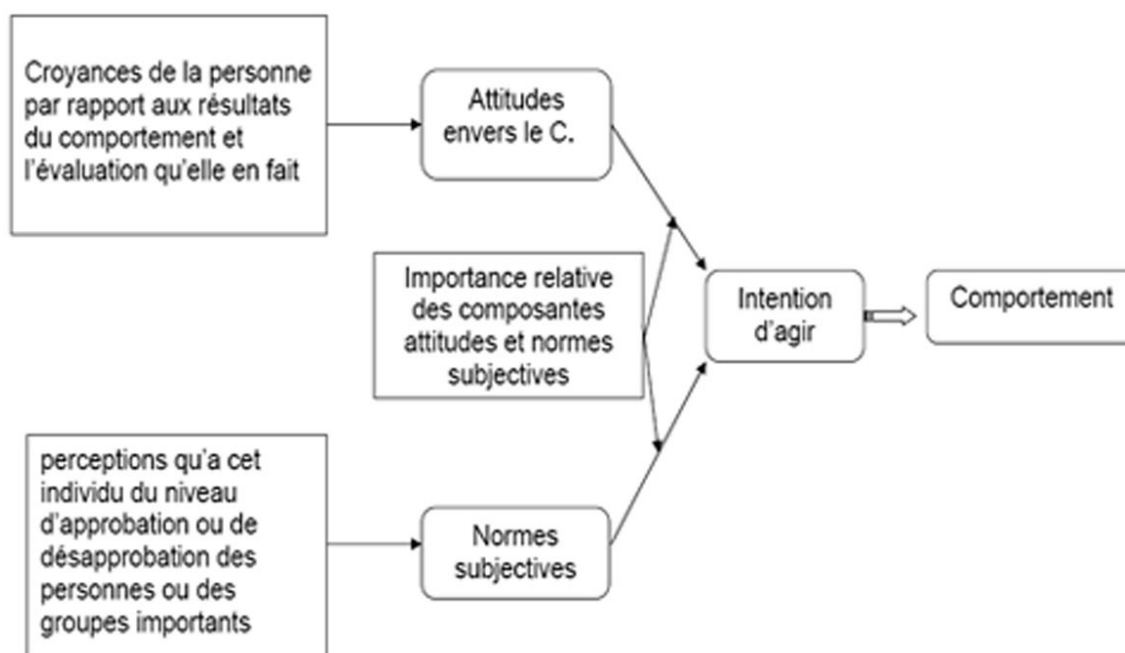








La théorie de l'action raisonnée (tar) définie par Fishbein et Ajzen



## -Description des variables de l'action raisonnée

Variables	Description des variables
Croyances de la personne par rapport aux résultats du comportement et l'évaluation qu'elle en fait.	Si ces croyances et l'évaluation que l'individu en fait sont positives, l'individu est susceptible de décider d'adopter le comportement de prévention. <b>Exemple : je voudrais bien adhérer à une mutuelle vu l'ensemble des avantages qu'elle offre : tout ou partie de mes frais d'achat médicaux sera pris en charge, et ma famille serait en bonne santé selon les dires de l'agent de sensibilisation.</b> Cependant d'autres variables interviennent aussi et déterminent le comportement final de l'individu. Il s'agit des attitudes envers le comportement et des normes subjectives. Elles deux forment une étroite équation dont dépend le comportement final.
Attitudes envers le comportement	Ce sont ces deux variables qui déterminent l'intention d'agir. L'attitude est formée de l'ensemble des croyances quant aux conséquences de la réalisation du comportement, pondérées par l'importance que l'individu accorde à chacune de ces conséquences. La norme subjective réfère à l'ensemble des croyances d'un individu quant à l'opinion des personnes ou des groupes de référence par rapport au fait qu'il réalise un comportement, multipliées par la motivation de l'individu à se conformer à l'opinion de ces personnes ou groupes. <b>Exemple : si je m'inscris dans une mutuelle je pourrais peut-être bénéficier de l'ensemble des avantages promis par l'agent de terrain, mais je serai alors mal vu dans le village car j'aurai désobéi à l'interdiction du chef traditionnel d'adhérer aux</b>
Normes subjectives	

	<b>mutuelles.</b>
Perceptions qu'a cet individu du niveau d'approbation ou de désapprobation des personnes ou des groupes importants	Ce sont les personnes ou groupes de référence dont les avis comptent beaucoup pour l'individu dans la décision d'adoption d'un comportement. Compte tenu de l'importance de ces groupes de référence dans la communauté, l'individu se conformera à leur position ou avis sur le comportement de prévention. <b>Exemple : Le chef traditionnel a recommandé de ne pas faire confiance aux mutuelles, donc je m'abstiendrai de m'inscrire dans une mutuelle de peur d'être mal vu.</b>
Comportement	Il s'agit du comportement finalement adopté par l'agriculteur une fois que la phase de l'attitude envers le comportement et celle des normes subjectives ont eu lieu dans le processus de changement de comportement de l'agriculteur. <b>Exemple : Il vaut mieux que je m'abstienne de m'inscrire. Qui suis-je pour mettre en doute les paroles du chef traditionnel ?</b>

## CONCLUSION

Au terme de notre mémoire, nous pensons que la réalisation de ce projet pourrait permettre de résoudre quelque peu les maux d'ordre sanitaire de la Côte d'Ivoire. Ainsi, même si la Côte d'Ivoire n'atteint pas tous les huit objectifs du millénaire d'ici 2015, elle pourrait spécifiquement présenter des résultats encourageants concernant les trois objectifs suivants : [Réduire la mortalité infantile ;](#) [Améliorer la santé maternelle ;](#) [Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies.](#)

Pour la bonne réalisation de ce travail, il faut que l'Etat ivoirien s'implique dans la réalisation du projet. Seul l'Etat pourra mobiliser les finances nécessaires au lancement de la Caisse communautaire de Solidarité. Seul l'Etat est à même de mobiliser les professionnels de la mutualité qui doivent peaufiner les divers aspects du projet. En effet, ce projet impliquant d'importantes modifications du système actuel de fonctionnement de la mutualité, il faut donc mobiliser des professionnels dans chacun des domaines couverts par le projet : le Droit, la fiscalité, la communication sociale etc. A travers notre mémoire, nous avons voulu entamer le travail à accomplir dans le domaine de la communication, concernant la réalisation du projet. En effet, il faut que les couches sociales de la population soient bien préparées pour ce projet. C'est pour cette raison que nous avons, entre autres, essayé de proposer un programme de communication pour le changement de comportement des agriculteurs.

Ce projet constitue l'occasion pour les gouvernants d'envisager une restructuration importante de tout le dispositif sanitaire sur l'ensemble du territoire. N'oublions pas, en effet, que dans notre travail il a été démontré que ce dispositif sanitaire était défectueux. Il ne suffira donc pas uniquement de mettre en œuvre ce projet de mutualité. Cela ne servira à rien si le dispositif sanitaire n'est pas performant. De grands défis attendent donc les gouvernants ivoiriens s'ils décident de procéder à la réalisation effective de la Caisse Communautaire de Solidarité. C'est d'ailleurs ce que nous démontre le Responsable de la Communication du Fonds de Prévoyance Militaire dans la production audiovisuelle qui est jointe à notre mémoire.

Toutefois, pour convaincre les gouvernants de tout au moins se pencher sur le projet nous exposons également, dans notre production audiovisuelle, l'enthousiasme de quelques personnes issues des couches vulnérables concernant la réalisation de ce projet de mutualité. Si le gouvernement accorde son aide à la mise en place du projet, il s'offre la possibilité de remplacer efficacement l'AMU par un système mutualiste moins contraignant pour les souscripteurs. De plus, il a l'occasion de rendre les soins médicaux accessibles à l'ensemble de la société ivoirienne. En effet, la Caisse Communautaire ambitionne à long terme de couvrir toutes les couches sociales. Pour parvenir à ce résultat, il faudrait déjà réussir à intégrer dans la mutualité les couches sociales indexées dans ce travail : les personnes exerçant des activités agricoles, les artisans et les personnes sans emploi.

# BIBLIOGRAPHIE

## 1. OUVRAGES DE METHODOLOGIE

\* GROUPE DE LA COMMUNICATION POUR LE DEVELOPPEMENT, SERVICE DE LA VULGARISATION, DE L'EDUCATION ET DE LA COMMUNICATION, DIVISION DE LA RECHERCHE, DE LA VULGARISATION ET DE LA FORMATION, DEPARTEMENT DU DEVELOPPEMENT DURABLE, La communication pour le développement/Manuel ; Guide méthodologique d'élaboration d'une stratégie de communication multimédia, Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, Rome 2002, 144 pages.

\* GRAWITZ Madeleine, Méthodes des sciences sociales, Dalloz 9<sup>ème</sup> édition, Paris, 1996, 870 pages.

\* NDA Paul, Méthodologie de la recherche, de la problématique à la discussion des résultats, comment réaliser un mémoire, une thèse d'un bout à l'autre, Editions Universitaires de Côte d'Ivoire, 2006, 159 pages.

\* QUIVY Raymond & CAMPENDHOUDT Luc Van, Manuel de recherche en sciences sociales, Dunod, Paris, 1995, 290 pages.

\* SECK Awa, Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement (CCISD), projet d'appui à la lutte contre le sida en Afrique de l'Ouest/Sida 3, Module de formation en communication pour le changement de comportement (CCC), manuel de l'animatrice ou de l'animateur juin 2003, 76 pages.

## 2. OUVRAGES DE CULTURE GENERALE

- \* HACHETTE, Dictionnaire Hachette encyclopédique , Paris, édition 2001, 8000 pages.
- \* GILARDI Jean-Claude., KOEHL Maryse., KOEHL Jean-Luc, Dictionnaire de mercatique, édition Foucher, 364 pages.
- \* GUENARD Charlotte, MESPLE-SOMPS Sandrine, Evolution de la pauvreté urbaine en Côte d'Ivoire : une analyse sur 15 ans d'enquête ménages, document de travail DIAL/Unité de Recherche, CIPRE 2001, 36 pages.
- \* LAROUSSE, Le Petit Larousse illustré en couleurs, Larousse/HER, Paris, 1999, 1855 pages.
- \* ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, Approche stratégique de l'OMS pour le renforcement des politiques et des programmes de santé sexuelle et génésique, 2008, 11 pages.
- \* SARDAN (de) Jean-Pierre Olivier et JAFFRE Yannick, Une médecine inhospitalière : Les Difficiles Relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Editeur Karthala, Collection Homme et Société, Sciences économiques et politiques, 2003, 464 pages.

### 3. OUVRAGES SPECIALISES (MUTUALITE DE SANTE)

\* BUKARI A. C., DIOP F. P., ETTE J., EVRARD D., MARCADENT P., MASSIOT N., Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre: résumé de la synthèse et des études de cas, Technical Report N°.19. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc., May 1998, 48 pages.

\* BAMBA K., OUEGNIN G.-A., YAPI A. M., DOUCOURE I., KOUYE P., Colloque sur la couverture du risque maladie en Afrique francophone, Paris, 26 - 30 avril 2004, 17 pages.

\* N'GUESSAN C. F. J., BOUAFFON N. Y. V., Contribution des ménages ruraux au financement de l'assurance maladie universelle en Côte d'Ivoire: une analyse à partir du modèle Tobit censuré, Université de Cocody-Abidjan Côte d'Ivoire, centre ivoirien de recherches économiques et sociales CIREs, Papier Présenté à la conférence AED, Paris, Septembre 2006, 22 pages.

\* PROGRAMME «STRATEGIES ET TECHNIQUES CONTRE L'EXCLUSION SOCIALE ET LA PAUVRETE» (STEP) DU BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL, Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique, Première édition 2000, Deuxième édition 2002, 56 pages.

\* TANO F., Diagnostic juridique des mutuelles de santé en Côte d'Ivoire, Appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de sante dans les pays de la zone UEMOA, Bureau International du Travail, Abidjan, juin 2006, 36 pages.

\* LHÉRIAU L., Programme d'appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de la zone UEMOA, Microfinance, réglementation des IMF et microassurance, Bureau International du Travail, Epargne Sans Frontière, Paris, novembre 2004, 16 pages.

\* NDIAYE P., Développement des mutuelles de santé en Afrique: une analyse comparative des approches et de leurs impacts, juin 2006, 37 pages.

#### **4. OUVRAGES DE COMMUNICATION**

\* DEMONT L., KEMPF A., RAPIDEL M. et SCIBETTA C., Communication des entreprises, stratégies et pratiques, éditions Nathan, 1996, 384 p.

\* KONE H., SY J.H., La communication pour le développement durable en Afrique, 469 pages.

\* FRASER C. et VILLET J., La communication pour un développement à dimension humaine, Rome : FAO, 1994, 36 pages.

\* MONDJANNAGNI A.C., La participation populaire au développement en Afrique noire, Paris : IPD/Karthala, 1994, 448 pages.

\* ROGERS E.M., Communication and development : critical perspectives, Beverly Hills/London/New Delhi : Sage publications, 1976, 148 pages.

\* FAO, La communication pour le développement rural. Instructions et directives à l'intention des planificateurs du développement et des élaborateurs de projets, Rome : FAO, 1994, 19 pages.



## 5. PERIODIQUES

BAMBA S., Le droit à la santé en péril : il faut faire quelque chose, L'APPEL, édition n° 20, février-mars 2008, page 1.

FOFANA M., Les traitements dégradants et inhumains font surface dans nos hôpitaux et centres hospitaliers : l'Etat doit sévir, L'APPEL, édition n° 20, février-mars 2008, page 8.

## 6. WEBOGRAPHIE

<http://www.who.int>. Consultation du site le mardi 5 août 2008.

<http://www.astrium.com>. Consultation du site le mardi 5 août 2008.

<http://osi.bouake.free.fr>. Consultation du site le lundi 4 août 2008.

<http://www.africa-onweb.com>. Consulté le mardi 22 juillet 2008.

<http://news.abidjan.net>. Consultation du site le jeudi 25 septembre 2008 et le dimanche 19 octobre 2008.

<http://www.notrevoie.com>. Site consulté le lundi 23 juin 2008.

<http://www.hcsp.fr>. Consultation du site le lundi 19 août 2008.

<http://www.developpementbenin.org>. Consultation du site le samedi 16 août 2008.

<http://www.abengourou.info>. Consultation du site le samedi 18 octobre 2008.

<http://www.rezoivoire.net>. Consultation du site le dimanche 19 octobre 2008.

<http://www.memoireonline.com>. Consultation du site le dimanche 19 octobre 2008.

<http://www.mfe.org>. Consultation du site le dimanche 19 octobre 2008.

<http://www.pkdshanghai.com>. Consultation du site le 16 août 2008.

<http://www.danielsidler.com>. Consultation du site le vendredi 29 août 2008.

[www.jeuneafrique.com](http://www.jeuneafrique.com). Consultation du site le mercredi 20 août 2008.

<http://fr.excelafrika.com>. Consultation du site le mardi 19 août 2008.

<http://www.jurisques.com>. Consultation du site le vendredi 27 juin 2008

# ANNEXES

## ANNEXE N°1

### *A l'intention des responsables de mutuelles*

#### *Questionnaire*

Dans le cadre d'un mémoire portant sur la mutualité ivoirienne, nous vous prions de répondre aux questions suivantes :

1- Disposez-vous d'une stratégie de communication vous permettant de rester en contact avec vos souscripteurs ?

☐ Oui      ☐ Non

2- Utilisez-vous la télévision pour rester en contact avec vos souscripteurs ?

☐ Oui      ☐ Non

3- Utilisez-vous la radio pour rester en contact avec vos souscripteurs ?

☐ Oui      ☐ Non

4- Utilisez-vous la presse-écrite pour rester en contact avec vos souscripteurs ?

☐ Oui      ☐ Non

5- Utilisez-vous le cinéma pour rester en contact avec vos souscripteurs ?

☐ Oui      ☐ Non

6- Utilisez-vous l'affiche publicitaire pour rester en contact avec vos souscripteurs ?

☐ Oui      ☐ Non

7- Utilisez-vous l'Internet pour rester en contact avec vos souscripteurs ?

☐ Oui ☐ Non

8- Utilisez-vous les relations publiques pour rester en contact avec vos souscripteurs ?

☐ Oui ☐ Non

9- Utilisez-vous le marketing direct pour rester en contact avec vos souscripteurs ?

☐ Oui ☐ Non

10- Utilisez-vous les salons et foires pour rester en contact avec vos souscripteurs ?

☐ Oui ☐ Non

11- Utilisez-vous les publicités sur lieu de vente pour rester en contact avec vos souscripteurs ?

☐ Oui ☐ Non

12- Utilisez-vous le parrainage pour rester en contact avec vos souscripteurs ?

☐ Oui ☐ Non

13- Utilisez-vous le mécénat pour rester en contact avec vos souscripteurs ?

☐ Oui ☐ Non

14- Questionnez-vous périodiquement vos souscripteurs pour savoir s'ils sont satisfaits de vos services ?

☐ Oui ☐ Non

15- Questionnez-vous périodiquement vos souscripteurs pour connaître les nouvelles prestations qu'ils souhaitent ?

☐

Oui

☐

Non

## ANNEXE N°2

### *A l'intention des souscripteurs des mutuelles actuelles*

#### **Questionnaire**

Dans le cadre d'un mémoire portant sur l'étude des mutuelles de santé en Côte d'Ivoire nous vous prions de répondre aux questions suivantes :

1- Concernant vos prérogatives de mutualiste, savez-vous que vous avez la possibilité de démissionner ?

☐ Oui      ☐ Non

2- Votre mutuelle recueille-t-elle périodiquement vos opinions sur la qualité de ses services?

☐ Oui      ☐ Non

3- Votre mutuelle recueille-t-elle périodiquement vos nouveaux besoins en matière de protection sanitaire ?

☐ Oui      ☐ Non

4- Vous avez pris connaissance des grandes lignes du projet « Caisse Communautaire de Solidarité » et vous savez donc que cette nouvelle mutuelle repose sur un principe d'entraide nationale. Adhérez-vous à ce principe ?

☐ Oui      ☐ Non

## ANNEXE N°3

### *A l'intention des agriculteurs, des artisans et des personnes sans emploi*

#### **Questionnaire**

Dans le cadre d'une étude sur la mutualité ivoirienne, nous vous prions de répondre aux questions suivantes :

1- Savez-vous ce que c'est qu'une mutuelle ?

☐ Oui      ☐ Non

2- Maintenant que vous avez pris connaissance des grandes lignes de notre projet de mutualité, dites-nous combien pouvez-vous cotiser mensuellement ?

☐ 300 FCFA      ☐ 500 FCFA      ☐ 1000 FCFA

☐ Autres (précisez) .....FCFA

3- Voulez-vous que la prise en charge de la vaccination soit parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé ?

☐ Oui      ☐ Non

4- Voulez-vous que la prise en charge de la planification familiale soit parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé ?

☐ Oui      ☐ Non

5- Voulez-vous que la prise en charge de l'hospitalisation soit parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé ?

☐ Oui      ☐ Non

6- Voulez-vous que la prise en charge de l'opération chirurgicale soit parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé ?

☐ Oui      ☐ Non

7- Voulez-vous que la prise en charge des médicaments soit parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé ?

☐ Oui      ☐ Non

8- Voulez-vous que la prise en charge du transport des malades soit parmi les prestations de cette nouvelle mutuelle de santé ?

☐ Oui      ☐ Non



## **ANNEXE N°4**

### **Explication du projet « Caisse Communautaire de Solidarité »**

Ce projet consiste en l'élaboration d'une nouvelle mutuelle de santé que nous nommons « Caisse Communautaire de Solidarité ». Pour une maximisation des chances de réussite, il faudrait que l'Etat dirige le projet. Il devient ainsi le promoteur de ce nouveau système dans lequel la responsabilité des bénéficiaires sera engagée à partir d'une organisation de type mutualiste à assise fédérative. Comme toute mutuelle de santé, elle constituera « une composante du système de protection sociale au même titre que les assurances, les institutions de prévoyance sociale »<sup>1</sup>. Ainsi que nous l'avons défini au niveau de l'objectif principal de notre travail, cette nouvelle mutuelle sera régie par la loi du 1<sup>er</sup> avril 1898 relative aux sociétés de secours mutuels. La Caisse Communautaire de Solidarité regroupera l'ensemble des mutuelles de santé créées ou à créer. Ce concept de fusion se déroulera en deux étapes :

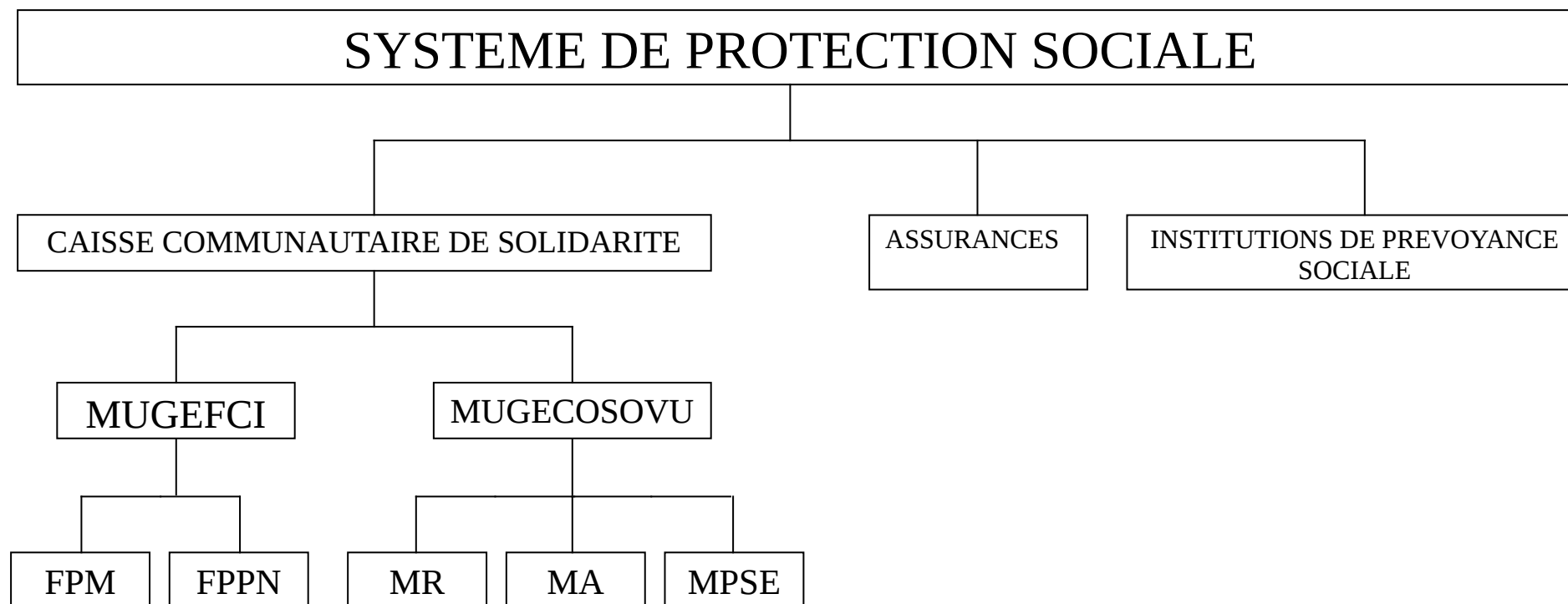
- Dans un premier temps, il s'agit de fusionner l'ensemble des mutuelles de santé des couches sociales travaillant pour l'Etat (le secteur public). Donc la MUGEFCI, le FPM et le FPPN vont fusionner. Ceci ne veut pas dire qu'elles vont perdre leur personnalité propre. En fait nous envisageons la fusion sous un aspect fédératif. A cet effet nous proposons que le FPM et le FPPN fassent désormais partie de la MUGEFCI, compte tenu du constat que les mutualistes se plaignent du poids des cotisations dues au fait qu'ils appartiennent à plusieurs mutuelles à la fois. Toutes les mutuelles des autres agents de l'Etat (impôt, douane, magistrature etc.) feront également partie de la MUGEFCI. En un mot tous les secteurs d'activités du domaine public dépendront de la MUGEFCI. Cela implique donc que la MUGEFCI ne sera plus une mutuelle telle qu'auparavant ; elle sera désormais une sorte de mutuelle-réceptacle accueillant et parrainant le fonctionnement des mutuelles de santé corporatistes. Le problème de la multiplicité des cotisations pourrait ainsi être réglé car le militaire par exemple n'aura plus à payer des cotisations à la MUGEFCI et au

---

<sup>1</sup> TANO Félix, Diagnostic juridique des mutuelles de santé en Côte d'Ivoire, Abidjan juin 2006, p. 4.

- FPM. Il paiera uniquement ses cotisations en tant que membre du FPM. Ce nouvel état des choses ne suppose pas la fusion des cotisations de la MUGEFCI avec celles des mutuelles corporatistes. Nous pensons qu'il serait préférable de supprimer les cotisations dues à la MUGEFCI afin de soulager les mutualistes. La MUGEFCI constituera désormais la première branche de la Caisse Communautaire de Solidarité. Cette branche s'occupera spécifiquement des agents de l'Etat (ou fonctionnaires). En cette qualité, la MUGEFCI gèrera l'ensemble des cotisations prélevées par les diverses mutuelles corporatistes créées ou à créer. Le fonctionnement des mutuelles corporatistes ne changera essentiellement pas. Toutefois une clause sera ajoutée dans leur charte pour établir leur affiliation à la MUGEFCI. C'est donc ainsi que se déroule la première étape de la fusion.
  
- Dans un deuxième temps il sera question de créer une autre mutuelle-réceptacle (à l'image de la MUGEFCI) pour regrouper et diriger l'ensemble des mutuelles des couches sociales vulnérables. Cette nouvelle structure peut être nommée « Mutuelle Générale des Couches Sociales Vulnérables ». A l'image de la MUGEFCI elle dépendra de la Caisse Communautaire de Solidarité dont elle constituera la deuxième branche. Cette deuxième branche s'occupera de toutes les couches sociales fragiles de la société ivoirienne. La création de la Mutuelle Générale des Couches Sociales Vulnérables pourrait permettre à l'Etat ivoirien d'exercer enfin un contrôle sur les acteurs de l'informel que constituent par exemple les artisans et les personnes exerçant des métiers agricoles.

## ANNEXE N°5



MUGECOSOV : Mutuelle Générale des Couches sociales Vulnérables

MR : Mutuelles Rurales

MA : Mutuelles des Artisans

MPSE : Mutuelles des Personnes Sans Emploi

MUGEFCI : Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire

FPM : Fonds de Prévoyance Militaire

FPPN : Fonds de Prévoyance de la Police National

# TABLE DES MATIERES

Dédicace.....	ii
Remerciements.....	iii
Sigles et abréviations.....	iv
Introduction.....	1
<b>PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE.....</b>	<b>5</b>
<b>Chapitre I/ La spécification de la problématique.....</b>	<b>5</b>
<b>I/-1- Justification du choix du sujet.....</b>	<b>5</b>
<b>I/-1-1- Motivations personnelles.....</b>	<b>5</b>
<b>I/-2- Identification et formulation du problème.....</b>	<b>12</b>
<b>I/-3- Questions de recherche.....</b>	<b>17</b>
<b>I/-4- Enoncé des objectifs de recherche.....</b>	<b>18</b>
<b>I/-4-1- Objectif général.....</b>	<b>18</b>
<b>I/-4-2- Objectifs spécifiques.....</b>	<b>18</b>
<b>I/-5- Formulation des hypothèses de recherche.....</b>	<b>19</b>
<b>I/-5-1- Hypothèse principale.....</b>	<b>19</b>
<b>I/-5-2- Hypothèses secondaires.....</b>	<b>19</b>
<b>I/-6- Revue de la littérature.....</b>	<b>20</b>
<b>I/-6-1- Ecrits empiriques.....</b>	<b>20</b>
<b>I/-6-2- Ecrits théoriques.....</b>	<b>26</b>
<b>I/-7- Cadre de référence théorique.....</b>	<b>35</b>
<b>Chapitre II/ Le cadre méthodologique.....</b>	<b>38</b>
<b>II/-1- Description des paradigmes explicatifs.....</b>	<b>38</b>
<b>II/-2- Description des techniques de collecte des données.....</b>	<b>39</b>
<b>II/-2-1- Les techniques de recherche quantitatives.....</b>	<b>39</b>
<b>II/-3- Description du milieu, de la population et de l'échantillon.....</b>	<b>40</b>
<b>II/-3-1- Le milieu.....</b>	<b>40</b>
<b>II/-3-2- La population.....</b>	<b>41</b>
<b>II/-3-3- L'échantillon.....</b>	<b>43</b>
<b>II/-4- Description du déroulement de la collecte des données.....</b>	<b>44</b>

II/-5- Description du plan d'analyse des données.....	46
<b>DEUXIEME PARTIE : LES SYSTEMES DE COUVERTURE IVOIRIENS ET LES</b>	
<b>RESULTATS D'ENQUETES.....</b>	<b>47</b>
Chapitre III/ Présentation des systèmes de couverture ivoiriens.....	47
III/-1- Les régimes publics et les régimes d'assurance volontaire.....	47
III/-1-1- Les régimes publics.....	47
III/-1-2- Les régimes d'assurance volontaire.....	48
III/-2- Présentation de quelques mutuelles de santé ivoiriennes.....	49
III/-2-1- La Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat, le Fonds de Prévoyance Militaire et le fonds de Prévoyance de la Police Nationale.....	49
III/-2-2- Les mutuelles rurales et l'Assurance Maladie Universelle.....	56
Chapitre IV/ Présentation et discussion des résultats.....	58
IV/-1- Présentation et discussion des résultats en recherche quantitative.....	58
IV/-1-1- Présentation des résultats des enquêtes des agriculteurs, des artisans et des personnes sans emploi.....	58
IV/-1-2- Présentation des résultats d'enquêtes des mutualistes et des responsables de mutuelles de santé.....	69
IV/-2- Discussion des résultats en recherche quantitative.....	76
IV/-2-1- Discussion des résultats d'enquêtes des agriculteurs, artisans et personnes sans emploi.....	77
IV/-2-2- Discussion des résultats d'enquêtes des mutualistes et des responsables de mutuelles de santé.....	83
<b>TROISIEME PARTIE : DE LA NECESSITE DE REDYNAMISER LA MUTUALITE DE</b>	
<b>SANTE EN CÔTE D'IVOIRE.....</b>	<b>86</b>
Chapitre V/ Le projet « Caisse Communautaire de Solidarité » et la présentation des nouvelles stratégies de communication.....	86
V/-1- La présentation du projet « Caisse Communautaire de Solidarité ».....	86
V/-1-1- Présentation des organes de la Caisse Communautaire de solidarité.....	86
V/-1-2- Présentation du mode de fonctionnement des mutuelles au sein de la Caisse Communautaire de Solidarité.....	88
V/-2- Elaboration des stratégies de communication pour garantir le contact entre les mutuelles de santé et leurs souscripteurs.....	100
V/-2-1- Une stratégie de communication pour permettre au mutualiste de mieux connaître ses prérogatives et l'ensemble des prestations fournies par sa mutuelle.....	101

<b>V/-2-2- Une stratégie de communication pour permettre à la mutuelle de connaître les besoins réels de ses souscripteurs.....</b>	<b>104</b>
<b>Chapitre VI/ Les agriculteurs face aux enjeux de la communication pour le changement de comportement.....</b>	<b>106</b>
<b>VI/-1- Elaboration d'un plan d'action de CCC et techniques de communication pour le changement de comportement.....</b>	<b>106</b>
<b>VI/-1-1- Démarche d'élaboration d'un plan d'action de communication pour le changement de comportement.....</b>	<b>106</b>
<b>VI/-1-2- Techniques de communication pour le changement de comportement.....</b>	<b>108</b>
<b>VI/-2- Conception et élaboration des messages, étapes du changement de comportement .....</b>	<b>109</b>
<b>VI/-2-1- Conception et élaboration des messages.....</b>	<b>109</b>
<b>VI/-2-2- Etapes du changement de comportement.....</b>	<b>110</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>116</b>