

# **Communication en Question**

www.comenquestion.com  
n° 12, Novembre / Décembre 2019

ISSN : 2306 - 5184

---

## **Politique de « gratuité » des soins et enjeux de communication pour la santé en Côte d'Ivoire.**

*Policy of "free" health care and communication issues for  
health in Côte d'Ivoire.*

1

---

**Nanga Désiré COULIBALY**  
*Doctorant en SIC*  
Université Félix Houphouët-Boigny  
[nangadesty@gmail.com](mailto:nangadesty@gmail.com)

**N'Guessan Julien ATCHOUA**  
*Maitre de Conférences*  
Université Félix Houphouët-Boigny  
[n\\_atchoua@yahoo.fr](mailto:n_atchoua@yahoo.fr)

## Résumé

En Côte d'Ivoire, la problématique de la mise en œuvre des politiques publiques de gratuité dans le secteur de la santé ne se fait pas sans obstacles. La communication politique et publique qui devrait assurer l'exécution d'un tel programme ne semble pas en phase avec l'offre de soins gratuits réellement proposée aux populations. En se fondant sur l'étude des politiques publiques et de leur réception par les populations ivoiriennes, cet article vise à décrire les réalités de l'application de cette politique de gratuité. À travers une méthode d'observation sur le terrain, une enquête qualitative d'entretien et d'analyse de documents institutionnels, il est apparu que des obstacles tant institutionnels, communicationnels, infrastructurels que humains entravent la mise en œuvre effective de la gratuité des soins en Côte d'Ivoire. Des pratiques locales sont développées par certains agents de santé en plus d'une insuffisance de l'offre de santé et de l'offre de communication pour la santé. Au niveau des acteurs, il existe une absence de synergie d'action sur le plan de la communication. Malgré cette diversité des obstacles, nous proposons des mesures correctives, opérationnelles essentiellement sous l'angle communicationnel pour réduire des pratiques qui sont de nature à compromettre l'application rigoureuse de la gratuité des soins.

**Mots-clés :** Politique de gratuité, offre de soins gratuits, politique publique, communication, acteurs de santé.

2

---

## Abstract

In Côte d'Ivoire, the problem of implementing public policies of free health care in the health sector is not without obstacles. The political and public communication that should ensure the implementation of such a program does not seem to be in line with the free health care actually offered to the population. Based on the study of public policies and their reception by the Ivorian population, this article aims to describe the realities of the application of this policy of free health care. Through a method of field observation, a qualitative survey of interviews and analysis of institutional documents, it has emerged that institutional, communicational, infrastructural and human obstacles are hindering the effective implementation of free healthcare in Côte d'Ivoire. Local practices are being developed by some health workers in addition to an insufficient supply of health care and health communication. At the level of the actors, there is a lack of synergy of action in terms of communication. In spite of this diversity of obstacles, we propose corrective measures, operational mainly from a communication point of view, to reduce practices that are likely to compromise the rigorous application of free health care.

**Keywords:** Free healthcare policy, free healthcare provision, public policy, communication, health actors

## **1.- Introduction et problématique**

Les politiques de gratuité ont été menées dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne (Mali, Niger, Burkina) avec la priorité accordée aux soins gratuits des enfants de moins de cinq et à l'accouchement gratuits insufflé depuis 2000 par l'Union Africaine et dont l'Afrique du Sud en est le Précurseur en 1994. L'initiative de Bamako a été l'un des moteurs de l'accès aux soins de santé primaire avec l'OMS (2010) qui recherche la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Et la principale difficulté que rencontre de nombreux États africains reste le problème de financement, de communication et d'exécution de ces politiques de gratuité (Robert et Ridde, 2012). Encore faut-il souligner que, la « gratuité » en question a un coup que supporte les États et/ou les partenaires au développement. Les programmes d'ajustement structurel des années 1990 ont considérablement impactés ces politiques de gratuité dans les pays concernés.

En Côte d'Ivoire, une politique de gratuité est en cours dans le domaine de la santé depuis 2011. C'est une mesure instaurée par le gouvernement ivoirien pour la mise en place de sa politique de développement sociale et dans sa quête d'une « émergence à l'horizon 2020 ». En plus de certains soins gratuits pour une frange de la population pendant les années 2012, 2013 et encore aujourd'hui, une catégorie de traitements médicaux sont officiellement déclarée gratuit par les autorités ivoiriennes (Paludisme et Tuberculose, les soins pour les enfants de moins de cinq ans et l'accouchement). Cette politique n'est pas nouvelle parce que dès son accession à l'indépendance, la Côte d'Ivoire s'est assignée dans le domaine de la santé, à assurer aux malades la gratuité des soins dans le but d'induire un développement sociale certain au pays dans les années 1960 à 1980.

Dans la même perspective, de nos jours, les autorités ivoiriennes poursuivent encore la politique de gratuité dans un contexte spécifique de

sortie d'une crise militaro-politique depuis 2002 qui s'est soldée par une crise postélectorale en 2010/2011. Après plus d'une décennie de crise, la gratuité des soins annoncée dans les secteurs sociaux a été accueillie par les populations comme un soulagement dans la mesure où elles se trouvent être victimes directes ou indirectes de cette crise à la base d'une paupérisation plus marquée des ivoiriens. Cette politique de gratuité ne semble pas pourtant connaître une bonne exécution et cela en raison d'une insuffisance de communication de cette politique publique. Ainsi, comment les populations ivoiriennes vivent-elle cette politique de gratuité ? Comment cette politique s'opérationnalise-t-elle sur le terrain ? Cette réflexion se propose de décrire puis d'analyser la mise en œuvre de la politique de la gratuité dans le domaine sanitaire en vue de faire des propositions pour la prise de mesures idoines pour garantir son effectivité en Côte d'Ivoire. La mise en œuvre de la politique de gratuité annoncée par les autorités ivoiriennes s'avère être une mesure discursive et politique dont l'application sur le terrain est entravée par un nombre important d'obstacles. Ce travail s'inscrit dans le champ de la communication politique pour le développement sanitaire dans sa perspective critique et discursive.

## **2.- Cadre de référence théorique**

Le postulat théorique de cette réflexion emprunte à l'étude des politiques publiques mettant en scène le discours politique. Elle s'appuie sur certains acquis de la sociologie de la communication dans une perspective de la sociologie de la réception (Mercier, 2001). C'est du côté de la réception des bénéficiaires du discours qu'il est possible d'apercevoir l'intérêt général que les politiques publiques portent. Surtout que le discours politique n'a pas bonne presse en raison de ses lourdeurs formelles et de son caractère mensonger. À cet égard Le Bart (1998) fait remarquer qu'en termes d'effets sociaux du discours, les représentations ordinaires le créditent d'une efficacité sociale redoutable. Celle-ci se traduirait, par exemple, par sa capacité à court-circuiter la vigilance consciente des récepteurs pour pénétrer habilement leur

inconscient. Dans le domaine de la santé, on pourrait préciser avec Zaller (cité par Gerstlé, 2001) que la domination de l'opinion publique est faite par les élites ; laquelle influence induit, chez le citoyen, le soutien à des opinions qu'il n'aurait pas admis s'il avait reçu la meilleure information et la meilleure analyse possible. Alors, pour mieux appréhender la réalité de la politique de gratuité, nous avons mené des investigations qui nous ont donné des informations ci-dessus structurées.

### **3.- Matériels et Méthodes**

Le questionnement évoqué ci-dessus, trouve ses premières résolutions dans la collecte et l'analyse d'informations de terrain. Une enquête qualitative a été faite dans le cadre de cette étude. Elle a couvert deux villes de Côte d'Ivoire notamment, Korhogo et Abidjan sur une période de sept mois (du 12 janvier au 05 juillet 2017). Elle a été possible en employant des instruments de collectes de données que sont l'entretien semi-directif (Blanchet, 1985) qui se muait en entretien compréhensif souple (Kaufmann, 1996) selon les spécificités des enquêtés<sup>1</sup>. En outre, l'observation directe a joué un rôle dans cette collecte d'information dans la mesure où le phénomène étudié concerne le quotidien de nombreux ivoiriens. Nous faisons également référence à l'observation/description selon De Sardan (2016) qui consiste à restituer le plus fidèlement possible les faits dans leurs contextes. En tant que citoyens ivoiriens résidant en Côte d'Ivoire nous avons été témoin des évènements qui

---

<sup>1</sup> Les enquêtés sont au nombre de 36 individus. En effet, ces enquêtés ont été sélectionnés sur la base des activités qu'ils mènent. Ils ont été interrogés sur leur expérience du respect de la gratuité des soins et la communication des agents de santé. Il s'agit de deux responsables de communication des programmes nationaux de lutte contre le paludisme et la tuberculose. Il y a également des Organisations Non Gouvernementales (ONG) nationales (Asapsu : 4 enquêtés, Kinninya : 6 enquêtés, Access Africa Santé : 2 enquêtés et le centre antituberculeux : 3 enquêtés) et internationales que sont Save the Children (2 enquêtés) et Alliance Côte d'Ivoire (1 enquêté) en tant que relais de l'information sur la gratuité en cours. L'intérêt s'est également porté sur des individus identifiés (8 enquêtés à Korhogo et 12 à Abidjan) selon qu'ils aient été victimes ou témoins d'une situation dans laquelle la gratuité n'a pas été respectée comme prévue par le pouvoir en place.

meublent la vie politique du pays. Cette observation prend appui également sur les contenus des journaux télévisés du 11 novembre 2017 diffusés sur les antennes de la Radiodiffusion Télévision Ivoirienne (RTI). Une étude documentaire a été également utile comme moyen d'accéder à certaines données dans le domaine sanitaire par des acteurs nationaux et internationaux en appui à l'action des autorités politiques ivoiriennes.

#### **4.- Politique de gratuité en Côte d'Ivoire : état des lieux**

La politique de gratuité des soins de santé a pour origine institutionnelle, l'UNICEF (2008) dresse un bilan détaillé de la survie de l'enfant et des soins de santé primaires dispensés aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants. Il s'agit de questions essentielles pour le progrès de l'humanité, qui constituent de fiables indicateurs du degré de développement et de la situation d'un pays, ainsi que le reflet direct de ses priorités et de ses valeurs. Investir dans la santé des enfants et de leurs mères est non seulement un impératif du point de vue des droits de l'homme, mais aussi une décision économique avisée et l'un des moyens les plus sûrs pour un pays de se préparer un avenir meilleur.

Les auteurs Mathauer, Mathivet et Kutzin (2017) considèrent que les politiques de gratuité consistent à abolir les paiements formels directs payés par le patient aux prestataires de santé. Le champ d'application de cette gratuité varie sur deux axes : d'abord la population ciblée qui va de certains groupes spécifiques plus ou moins importants à l'ensemble de la population présente sur un territoire ; ensuite, le panier de soins couverts par cette gratuité, qui peut se limiter à certains services spécifiques ou couvrir un panier de soins plus large, voire même l'ensemble du panier de soins délivré au niveau des services de santé primaire. L'OMS intègre cette gratuité dans sa politique discursive à travers ses recommandations, normes et directives concernant l'accouchement et les enfants de moins de cinq ans. Les services de gratuité dans le secteur de

la santé connaissent une certaine dynamique dans laquelle le ministère de tutelle est appuyé par les partenaires au développement. À preuve, la région du Tonpki bénéficie d'un soutien pour améliorer la qualité de ses services et garantir la gratuité des soins proposés aux enfants et aux mères. La vaccination des enfants et le suivi des femmes enceintes et qui allaitent figurent parmi les priorités du programme, de même que la garantie d'un système d'orientation efficace.

Après la crise post-électorale, dans une fiche-info Écho, la Commission de l'Union Européenne (2016) adopte la transition de l'aide humanitaire à l'aide au développement. Le partenariat pour la transition a permis de proposer à 2,2 millions d'Ivoiriens, des soins de santé de base. Les ONG partenaires ont réhabilité les structures de santé, formé du personnel et fourni un appui gestionnaire aux régions et districts sanitaires.

De manière concrète ses partenaires au développement dans un programme sur trois ans (2014-2016) ont apporté un soutien à six régions sanitaires, 21 districts sanitaires et près de 400 centres de santé de premier contact. Du début de l'année 2014 à la mi-2015, 340 061 femmes enceintes et 1 556 384 enfants de moins de cinq ans ont bénéficié de soins de santé gratuits prévus par le projet.

Dans le cadre du partenariat de transition (2012-2014), l'équivalent de 26 avions cargos chargés de médicaments et de fournitures médicales essentielles a pu être livré en soutien de la politique ivoirienne de gratuité ciblée des soins de santé. De plus, dans le cadre de l'allègement de la dette publique muée en aide publique au développement, la nouvelle pharmacie de la santé publique a pu bénéficier d'importants stocks de médicaments, 34 véhicules dont deux ont été mis à la disposition des hôpitaux publics ivoiriens. Toutes ces mesures devraient garantir la mise en œuvre de la politique publique de

gratuité en Côte d'Ivoire, il se trouve cependant qu'un certain nombre d'obstacles entrave l'application de cette gratuité.

## **5.- Des obstacles entravant l'application de la gratuité des soins**

Les obstacles de la mise en œuvre effective de la politique de gratuité des soins dans les centres de santé sont tant au niveau institutionnel qu'au niveau infrastructurel et communicationnel.

### **5.1.- Au niveau institutionnel**

La politique sociale de l'exécutif ivoirien dans sa quête de popularité (Gerstlé et Piar, 2016) et de légitimité politique (Cotteret, 2002) annonce des mesures de gratuité dans les domaines de la santé et de l'éducation. Ces mesures rencontrent des difficultés d'application car au niveau institutionnel, il n'y a pas suffisamment de clarté sur la précision des termes portant sur la gratuité. L'obligation d'informer qui pèse sur les autorités publiques sert à la mise œuvre concrète des politiques servant l'intérêt général. Lascoumes (2001) indique qu'un problème peut se glisser dans la pratique et il s'articule en trois variables : d'abord le passage obligé que constitue l'information, ensuite les effets sociaux de mobilisation que l'information est censée générer et enfin l'impact sur le processus de prise de décision politique ultérieur. En d'autres termes, il est essentiel que les décisions prises soient reconnus du public.

En outre, selon le MSHP (2014), dans une étude sur l'évaluation de la gouvernance du système de santé ivoirien mettant en relief les tares du système, les documents de politique et de stratégie qui constituent la boussole de la mise en œuvre des actions du Ministère de la santé ne sont pas mis à la disposition des acteurs qui doivent assurer leur opérationnalisation. Ces documents stratégiques sur l'information sanitaire ne sont ni disponibles dans plusieurs structures sanitaires, ni sur Internet. Au-delà de l'information sanitaire,

certaines maladies telles que le paludisme et la tuberculose sont traitées gratuitement selon les prévisions des autorités sanitaires. Il se trouve cependant que cette mesure connaît des difficultés dans son application du fait d'une insuffisance d'information des populations à travers les médias de service public. N'étant pas au courant de la gratuité des soins de ces deux pathologies les populations paient systématiquement à des agents de santé peu scrupuleux. Ces derniers opposent un refus de prendre soins des malades pour des raisons de ruptures de stock de médicament et d'équipement pour prendre en charge les malades. Un médecin nous confiait que l'analyse de la salive d'un patient pour diagnostiquer la tuberculose se fait à 1000 franc alors que cette prestation est supposée être gratuite. Un autre responsable d'ONG intervenant dans la lutte contre le Paludisme voulant diffuser et sensibiliser sur la gratuité du traitement de cette maladie à travers des affiches a été surpris de la résistance que lui opposaient ses responsables. La résistance à l'application effective de cette politique tient sa source également au niveau structurel et communicationnel.

## **5.2.- Au niveau (infra) structurel et communicationnel**

Les écueils que l'on peut rencontrer dans la mise en œuvre de la gratuité des soins sont aussi bien liés au niveau du dispositif de communication hors médias qu'au niveau de la communication à travers les médias.

### **5.2.1.- Le dispositif communicationnel hors médias**

Comme nous l'avons signifié plus haut les programmes nationaux dans le domaine de la santé jouent un rôle central dans le fonctionnement de la lutte contre les maladies. Ainsi, on a le PNLT et le PNLP qui sont respectivement chargés de la tuberculose et du paludisme. Il s'agit de structures publiques qui fonctionnent avec plusieurs partenaires au développement. Parmi ces partenaires, on a les agences des Nations Unies telles que le PNUD, l'OMS,

etc. Mais on a également les ONG internationales comme Save the Children et Alliance Côte d'Ivoire chargées pour la première de gérer le segment paludisme et pour le second de s'occuper à la fois du Sida et de la Tuberculose.

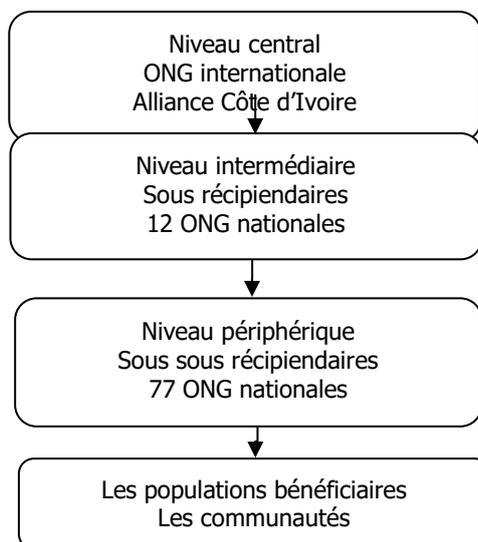
Certains acteurs ci-dessus ont livré des informations sur leur pratique de communication dans leur action et interaction de terrain. Pour parvenir à un fonctionnement harmonieux et efficace, ce responsable d'une ONG nous confie que la collaboration se fait de manière consensuelle, *c'est eux qui disent et pensent que telle chose est bonne, nous on développe la Stratégie et on soumet*. Donc, ils prétendent travailler en parfaite osmose avec les gouvernants ivoiriens *on soumet à tous et on réfléchit, nous on travaille pour la Côte d'Ivoire, on n'est pas une ONG qui travaille en vase clos non !* Ce qui est développer, l'est pour le compte de la Côte d'Ivoire et au profit des populations ivoiriennes. Il en est de même pour la subvention octroyer par le fonds mondial *que nous gérons, c'est une subvention pour l'État de Côte d'Ivoire et elle concerne aussi la politique de gratuité des médicaments de la Tuberculose*. Cet interlocuteur présente la situation d'une organisation internationale qui intervient en Côte d'Ivoire dans le strict respect d'une procédure de communication préétablie à cet effet. Il explique que le financement en provenance du Fonds Mondial est soumis à une chaîne d'acteurs dont chacun joue un rôle précis. Il faut faire remarquer que le fonctionnement de ce dispositif sanitaire est fortement dépendant des ressources extérieures. De ce fait, ces ressources sont gérées par une ONG ce qui inévitablement a des répercussions sur l'autonomie financière des programmes publics surtout concernant la communication. Toutefois, la présence du CCM en tant que structure étatique permet d'avoir un contrôle sur l'action des ONG auxquelles ces fonds sont destinés comme le veut le fonctionnement du dispositif international. La raison d'être d'un tel dispositif de gestion des fonds étrangers est une forme de contrainte à travers laquelle les prescriptions sont mises en œuvre dans les pays en développement. Il n'en demeure pas moins que l'État garde un rôle essentiel dans l'élaboration des

stratégies à travers les programmes publics en collaboration avec les ONG chargées de la mise en œuvre sur le terrain en matière de communication.

CSP : (...). Au second niveau, on a 06 ONG et au troisième niveau, on a 17 ONG, ça c'est pour la Tuberculose seulement. Pour le VIH c'est encore plus. Pour le VIH on a 06 ONG au second niveau et au bas niveau on a au moins 60 ONG. Elles arrivent à couvrir avec efficacité, il n'y a pas de problème, il y a les capacités pour le faire donc...

De ces propos, on comprend donc que le dispositif communicationnel sur le segment de la tuberculose, il y a un ensemble de 24 ONG. Un tel dispositif devrait pouvoir couvrir le besoin de communication et de médiation en ce qui concerne cette maladie sur l'ensemble du territoire ivoirien. Au niveau intermédiaire comme au niveau périphérique, ces ONG sont choisies aux vues de leur expérience. À titre illustratif, nous schématisons la communication hors média en ce qui concerne la Tuberculose. Ces deux maladies sont gérées au niveau de la communication de proximité par la même ONG internationale.

Figure 1 : Processus de circulation et de sensibilisation hors média d'Alliance Côte d'Ivoire



Source : Coulibaly, 2018

La communication de proximité est présentée dans cette figure à travers les parties prenantes qui la mettent en œuvre. Cet ensemble d'acteurs doit pouvoir couvrir tout le territoire national et réaliser effectivement une communication au sein des communautés sur la gratuité des médicaments de la tuberculose. Ces communautés développent des pratiques en matière de santé pour faire face à leur besoin en l'absence d'infrastructures publiques. Une meilleure connaissance de ces pratiques populaires peut aider dans la mise en œuvre des communications de masse comme des communications de proximité portant sur la gratuité en cours. Le déploiement de cette communication à travers ces organisations se fait comme le présente cet interlocuteur.

KSE : (...) donc nous avons ces acteurs qui sont intermédiaires et périphériques qui développent toutes la stratégie. Donc on leur met à disposition des moyens financiers, des moyens logistiques pour que ceux-ci puissent déployés toutes les activités dans la communauté à travers des sensibilisations.

12

---

Ce dispositif fonctionne sous une étroite surveillance de l'ONG principale chargée de menée la politique communicationnelle sur le terrain. Lors de ce travail de supervision des mesures correctives et recadrages sont prises pour garantir l'effectivité de la communication au sein de la communauté. Cet interlocuteur déclare : *donc on fait des supervisions sur le terrain, est-ce qu'elles font sur le terrain c'est bon, si ce n'est pas bon on recadre*. Il s'agit d'une action élaborée visant à toucher les populations mêmes les plus reculées. À travers les leaders communautaires et l'ensemble des personnes influentes dans la communauté, un tel dispositif semble prendre en compte toutes les franges de la population. Mais, il n'est pas toujours aussi performant comme l'aurait souhaité les acteurs qui l'on mit en place. Aussi, convient-il de souligner ce dispositif n'est pas la seule émanation du PNLT, tous les programmes financés par le Fonds Mondial doivent le respecter. L'un de nos répondants déclare : *aujourd'hui on est en train de revoir notre stratégie, parce qu'on a vu à un moment donné que notre approche a des limites parce que c'est vrai qu'on mène des actions...* Les

confidences de cet informateur permettent de comprendre que les ONG qui reçoivent les financements des bailleurs de fonds ne sont pas toujours efficaces sur le terrain. Des gaps sont constatés dans le fonctionnement de leurs projets et programmes. Il s'agit d'insuffisance liée à une stratégie souvent inadaptée. Donc, elles peuvent choisir d'élaborer de nouvelles stratégies en vue d'une action plus pertinente. Ainsi, ces organisations devront être évaluées et payées aux vues de leurs performances.

Il faut toutefois souligner que ce dispositif n'est pas fonctionnel dans les zones urbaines à forte densité humaine. Pourtant, selon le recensement général de la population et de l'habitat de 2014 en Côte d'Ivoire, la population vivant en milieu urbain est de 11 370 347 soit 50,2 % contre 11 300 984 en milieu rural soit 49,8 %. En d'autres termes, le fait que ce dispositif mis en place et déroulé par les ONG ne prenne pas en charge les populations urbaines, alors cette politique de communication présente des insuffisances évidentes. De surcroît, un interlocuteur du PNLT indique que : *le problème de la tuberculose est un problème de santé publique et mieux c'est un problème de développement parce qu'elle touche en majorité la population active (entre les 15 à 55 ans)*. Cette analyse montre que la tuberculose doit être considérée comme une maladie posant un problème de développement. Selon cet enquêté, la tuberculose est une maladie des grandes villes avec les bidonvilles où la promiscuité est aigue.

Il en ressort que le dispositif de communication hors média pour la réception de la communication en ce qui concerne la tuberculose n'est pas à la dimension des enjeux et défis par rapport aux problèmes observés. En effet, ce dispositif ne prend en compte que les zones rurales alors que les populations urbaines sont les plus exposées. Ces choix de communication ont des conséquences majeures sur la santé de la population.

Donc considérer les zones rurales dans lesquelles sont déployées cette forme de communication n'est pas appropriée. Pour preuve, concernant la

tuberculose, un répondant du PNLT confie que la seule ville d'Abidjan représente 48% ces cas diagnostiqués en Côte d'Ivoire.

### **5.2.2. Le dispositif de communication média**

La communication pour la santé se fait selon une offre médiatique à la disposition des acteurs qui peuvent en fonction de leur besoin l'utiliser à convenance. Mais les médias de masse en Côte d'Ivoire ne sont pas accessibles gratuitement. Selon les responsables des programmes de nationaux de santé, la prévention et la promotion occupe une place importante dans le dispositif communicationnel. Mais ils présentent une situation précaire en la matière. Cet écart entre les fonds sollicités et la consommation effective des pays en développement comme la Côte d'Ivoire a des conséquences sur fonctionnement du système car les contextes varient selon que nous soyons dans des situations de résurgence épidémiologique. Dans de telles situations, la communication devrait demeurer un outil au service du système sanitaire. Il est connu que la communication est le principal moyen par lequel que la prévention peut se faire pour éviter ou parvenir à contenir ces cas de résurgence. Comment le système sanitaire fonctionne pour assurer une prévention à travers la communication des mesures de protection et de sensibilisation pour éviter la maladie.

Les acteurs entretiennent des partenariats avec les médias de masses. En ce qui concerne le paludisme, un responsable du PNLP nous confie qu'il existe une convention de réduction de 30% entre le programme et la RTI. Ce programme entretient également un partenariat avec la radio nationale et Fréquence 2 pour un abattage de 30%. Il en est de même pour la presse écrite. Cette situation n'est pas la même pour le PNLT qui paye intégralement les mêmes montants lorsqu'ils doivent faire une campagne via ces médias de « service public ». Cet interlocuteur présente le dispositif communicationnel médiatique dans la lutte contre la tuberculose : *au niveau des médias, nous avons des*

*protocoles d'accord signé avec les hommes de presse, il y a un réseau avec lequel on travaille, le RMDEC. Eux c'est tous ce qui est radios de proximité, les radios commerciales, tous ceux-là sont dedans. Ils tiennent à préciser qu'ils payent pour passer sur les antennes de ce « média de service public ». Aucune réduction ou un traitement de faveur ne leur est réservé. Eu égard au combat qu'ils mènent, ils considèrent qu'ils doivent bénéficier de réductions pour bien faire leur travail.*

Les acteurs qui interviennent dans la lutte contre les trois maladies que sont la tuberculose et le paludisme ne sont pas traités sur un pied d'égalité. En plus d'être une maladie qui est peu connue des agents de santé et très redoutée par les autorités sanitaires elles-mêmes, les médias de masse ne réservent pas un traitement particulier à la lutte contre la tuberculose. Ainsi, les acteurs intervenants dans le champ de cette maladie ont le sentiment d'être victime d'une discrimination incompréhensible parce que la Côte d'Ivoire présente le plus grand nombre de tuberculeux en Afrique de l'ouest après le Nigéria. Ceci avec plus de la moitié des malades qui sont concentrés dans les zones urbaines comme Abidjan. Il en est de même pour l'offre sanitaire parce que selon le Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (2015) plus 29% de la population ivoirienne doit parcourir plus 15 kilomètres avant d'avoir accès à un centre de santé. Une responsable d'ONG de santé indique : *Les plateaux techniques dans les hôpitaux ne sont pas à la hauteur de la demande...* En outre, il faut déplorer la concentration des centres hospitaliers universitaires que dans la ville d'Abidjan (3) et seulement un dans la ville de Bouaké au centre du pays. De ce fait, l'offre de soin ne couvre pas toute l'étendue du territoire.

### **5.2.3. Au niveau des acteurs locaux**

Au niveau du secteur de la santé, des pratiques fréquentes sont dénoncées par les populations. Notamment celles se rapportant aux attitudes des agents de santé dans les hôpitaux qui consiste à faire payer leurs prestations pourtant officiellement gratuites. En guise d'illustration, une femme nous

confie qu'un homme après avoir acheté un kit pour pratiquer l'accouchement par césarienne de sa femme, elle n'a pas eu à utiliser le kit en question. Il l'a donc offert à un autre homme dans le besoin. Ce fait a provoqué le mécontentement de la sage-femme qui avait prescrit l'achat du kit à l'homme qui à bénéficier de ce don. Elle prétend que c'est à cause de ce genre de personnes que d'autres ne veulent pas faire d'effort. Il s'en est suivi une discussion injurieuse de la part des sages-femmes de cet hôpital d'Abobo à l'encontre du donateur. En d'autres termes la gratuité des kits d'accouchement n'est pas observée dans certains hôpitaux.

16

Deux femmes parmi les personnes interrogées indiquent que concernant la gratuité de l'accouchement, quelques fois c'est gratuit mais aussi souvent les sages-femmes font payer des frais aux patients. Il ressort des échanges avec les informateurs que : *il faut bien pouvoir se payer sur le terrain, on a des salaires minables et quand on manifeste les autorités ne nous donnent pas d'espoir. La solution pour nous est de trouver sur le terrain auprès de nos patients ce qu'il faut pour survivre.* Autrement dit, l'on peut comprendre que les acteurs locaux adoptent des stratégies de contournement et de résistance vis-à-vis de la politique de gratuité en vigueur. La perception de la part des populations bénéficiaires de la politique de gratuité n'est pas celle qu'il faut. Des informations recueillies auprès des enquêtés, il faut dire qu'il y a un flou dans l'esprit des populations sur ce qu'elles doivent entendre et comprendre par la gratuité de certains soins de santé. À titre d'illustration, une informatrice nous confie : *on dit l'accouchement est gratuit, mais allez y voir comment les sages-femmes maltraitent les pauvres femmes enceintes qui n'ont pas l'argent exigé pour la prise en charge...* Il ressort de ce propos que les agents de santé boycottent la gratuité. Une telle situation est propice à des pratiques visant à contrebalancer le discours politique officiel.

## **6.- Quelques propositions de mesure correctives**

La mise en œuvre effective de la gratuité en Côte d'Ivoire passe par un ensemble de mesures à prendre pour y arriver. Ces mesures sont proposées sur la base des lacunes observées. Les populations bénéficiaires en décrivant leur réalité ont fait des suggestions et propositions selon leur conception des choses. Ce qui permet de dégager quatre axes portant sur des mesures nouvelles ou additionnelles visant à faciliter la mise en œuvre de la gratuité. Premièrement, il faut indiquer que l'information sanitaire indiquée dans le rapport (MSHP, 2014) produit sur la gouvernance de ce secteur révèle des tares. Il faut mettre à la disposition des acteurs du terrain les documents de politique et de stratégie constituant la boussole de la mise en œuvre des actions du Ministère de la santé pour assurer leur opérationnalisation. Ainsi, les populations auront une meilleure compréhension de la politique de gratuité. Une vaste campagne d'information et de sensibilisation doit être menée sur toute l'étendue du territoire pour que toutes les populations comprennent les tenants et les aboutissants de la politique de gratuité de certains soins.

Deuxièmement, la terminologie utilisée par le politique à travers les médias doit être le plus univoque possible parce que les agents de santé, les responsables du système de santé et les populations ne semblent pas comprendre de quoi l'on parle. Il faut donc communiquer plus efficacement sur les composantes de la gratuité à travers une régularité de contenus médiatiques abordant le sujet. De cette façon, il va se développer une meilleure perception publique de cette politique parce que médiatisée. Il est aussi indispensable de faire une communication de proximité qui va consister à informer les responsables locaux de santé sur les contenus de la politique de gratuité. Ceux-ci devront être sensibilisés sur leur rôle pour le bon fonctionnement des systèmes de santé. Les organisations de la société civile peuvent être associées au processus d'application effective de la politique de gratuité. Leur participation peut consister à assurer le suivi et évaluation de la mise en œuvre de la politique.

Troisièmement, l'accroissement de l'offre sanitaire est d'une nécessité stratégique pour garantir au moins la prise en charge effective de l'ensemble des cas sociaux. La forte démographie de la Côte d'Ivoire, avec une jeunesse de plus en plus importante impose d'accroître les capacités d'accueil dans des centres de santé ou construire et équiper de nouveaux centres. Il est fondamental de construire encore plus de centre de santé de sorte à vraiment rapprocher les centres des populations et être en phase avec les promesses de campagne. De plus, au niveau institutionnel, il est utile de rendre traçable toute la chaîne d'intervention des acteurs ainsi toutes tentatives de résistance aux mesures en vigueur seront identifiées et s'il le faut punir tout contrevenant.

Quatrièmement, l'acheminement des produits ou équipements pour la réalisation de la politique de gratuité doit être rigoureusement dépourvue de toutes pratiques de corruption ou de détournement à des fins commerciales. La mise en œuvre de cette mesure implique d'assurer en amont une mobilisation efficace et efficiente de ressources de sorte qu'il y ait à temps les équipements ou produits pour satisfaire effectivement les besoins des populations. En aval, il est indispensable d'assurer un suivi et évaluation de la politique de gratuité à travers la mise en place et la responsabilisation de personnes en charge de veiller au respect effectif de la gratuité dans toutes les régions du pays.

Cette tâche peut être confiée à un agent qui va mettre en place des comités de veille comprenant des présidents de COGES de santé, des leaders communautaires et même des leaders religieux. L'ensemble de ces propositions doit se faire avec une place importante assurée par les organisations de la société civile tant nationales qu'internationales. Elles sont parties prenantes dans la mise œuvre des politiques publiques car elles sont actives sur le terrain en appui à l'action gouvernementale. À ce titre, elles sont témoin des difficultés d'exécution des politiques de gratuité. En tant qu'entités apolitiques et jouissant d'une autonomie financière, elles pourraient présenter la situation

de la façon la plus objective possible. Ces organisations peuvent servir de relais pour la sensibilisation des acteurs communautaires sur les mesures en cours prévue par les politiques publiques.

## **7.- Conclusion**

La mise en œuvre d'une politique de gratuité visant à aider les populations vulnérables ne se fait pas toujours sans obstacles. Même si les exemples de Haïti, du Togo, du Burkina Faso, du Maroc, du Sénégal, etc. présentent des résultats satisfaisants, il importe d'indiquer avec Oxfam (2013) que si ces politiques ne fonctionnent pas bien, c'est principalement parce qu'elles ont été peu planifiées et/ou insuffisamment financées et surtout moins bien communiquées. Tout comme le principe de la gratuité des soins, la capacité des États ne peut être remise en cause sur la base de mauvais exemples, car plusieurs pays africains ont atteint des résultats encourageants. La Côte d'Ivoire bénéficie d'un soutien des partenaires au développement dans la mise en œuvre de sa politique de gratuité, la mobilisation des ressources nationales pour rendre efficace cette politique publique est une question de gouvernance.

---

19

À cela, il faut noter que les idées reçues qu'exposent Oxfam dans les difficultés de l'application de la politique de gratuité sont bel et bien présentes dans le système sanitaire ivoirien. Par ailleurs, les acteurs mondiaux de la santé favorable à la gratuité des soins doivent accompagner tant techniquement que financièrement les pays qui ont décidé de mettre en œuvre cette politique. Surtout que la couverture maladie universelle semble être le nouvel objectif de la décennie en cours (Robert et Ridde, 2012). Il existe une réalité propre à la Côte d'Ivoire, à l'instar des pays en développement, c'est la fragilité de son système de santé qui est sous équipé et donne lieu de ce fait à une sorte de propagande politique de santé.

## Bibliographie

Atchoua, N., J. et Coulibaly, N. D. (2018). Communication gouvernementale et santé publique en Côte d'Ivoire : ce que le discours politique veut dire... *Revue de Littérature & d'Esthétique Négro-Africaines*, Vol 3, 18, 53-63.

Blanchet, A., Léger, J-M., Florand, M-F., Giami, A., Giust-Desprairies, F., Revault-d'Allonnes, C., Gotman, A., Bézille, H. (1985). *L'entretien dans les sciences sociales*. Paris, France : Bordas Éditions Dunod.

Cotteret, J-M. (2002). *Gouverner c'est paraître*. Paris, France : Quadrige/Presses Universitaires de France.

David, P-M., (2011). La santé : un enjeu de plus en plus central dans les politiques publiques de développement international?. *Socio-logos*, 6. Repéré à <http://socio-logos.revues.org/2550>

Gerstlé, J. et Piar, C. (2016). *La communication politique*. Paris, France : Éditions Dunod, Armand Colin.

Kaufmann, J-C. (1996). *L'entretien compréhensif*. Paris, France : Collection Nathan.

Kakdeu, L-M. (2010). Analyse expérientielle de la promesse comme stratégie de communication politique en Afrique noire francophone. *Signes, Discours et Sociétés* n°5. repéré à <http://www.revue-signes.info/document.php?id=1677>.

Lascoumes, P. (2001). L'obligation d'informer et de débattre, une mise en public des données de l'action publique (p.303-320). Dans J. Gerstlé (Dir.). *Les effets d'information en politique*. Paris, France : L'Harmattan.

Mathauer, I., Mathivet, B. et Kutzin, J. (2017). *Les politiques de « gratuité » : Opportunités et risques en marche vers la Couverture Sanitaire Universelle*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Mercier, A. (2001). L'apport d'une sociologie de l'incommunication à la compréhension des dysfonctionnements des politiques publiques. Dans J. Gerstlé (Dir.). *Les effets d'information en politique*. Paris, France : L'Harmattan.

MSHP (2014). *Évaluation de la gouvernance du secteur santé en Côte d'Ivoire*. Abidjan, Côte d'Ivoire : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

MSHP (2016). *Plan nationale de développement sanitaire 2016-2020*. Abidjan, Côte d'Ivoire : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

*Politique de « gratuité » des soins et enjeux de communication pour la santé en Côte d'Ivoire.*

Olivier De Sardan, J-P. (2016). La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologiques. *Anthropologie prospective* n°3.

Olivier de Sardan, J-P. et Ridde, V. (2012). Les contradictions des politiques publiques. Un bilan des mesures d'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger. *Afrique contemporaine*, 243, 11-32.

OXFAM, (2013). *Rapport annuel d'OXFAM (2012-2013)*. Paris, France : GRI.

Ridde, V. et Ludovic, Q. (2013). *Gratuité des soins en Afrique subsaharienne : en finir avec certaines idées reçues*. Paris, France : Oxfam France, Université de Montréal, Help.

Robert, É. et Ridde, V. (2012). Les paiements directs des soins dans les pays à faible et moyen revenu ne font plus l'unanimité au sein de la communauté internationale, une analyse documentaire. *Les cahiers du CIRDIS*. 2012-03, 7-33.

UNICEF (2008). La situation des enfants dans le monde. La survie de l'enfant. United Nations. États-Unis. *Numéro spécial*.