

# **Assurances maladies et accès aux soins de santé en milieu rural : l'exemple des villages de la Sous-préfecture de Daloa (centre-ouest de la Côte d'Ivoire)**

## **Health insurances and access to healthcare in rural areas: cases of villages in the Sub-prefecture of Daloa (central-western part of Côte d'Ivoire)**

<sup>1</sup>TANO Kouamé

### **Résumé**

Située dans le Centre-Ouest de la Côte d'Ivoire, la Sous-préfecture de Daloa compte 319 427 habitants dont 23, 19% vivent en milieu rural (INS, 2014). Les populations éprouvent d'énormes difficultés à accéder aux soins de santé malgré l'instauration d'une couverture d'assurance maladie depuis 2011. Cette circonscription administrative reconnue comme une zone endémique à l'ulcère de Buruli, n'est pas épargnée par d'autres maladies dont la plus importante est le paludisme. Il se présente en effet comme la première cause de décès dans le district sanitaires de la zone avec une proportion de 23% (District sanitaire de Daloa, 2016, p.32). L'étude a pour objectif de montrer l'impact des assurances maladies sur l'accès aux soins de santé dans les localités rurales de la Sous-préfecture de Daloa. L'exploitation des données démographiques, des registres de consultation et l'entretien avec les populations ont permis d'avoir des données nécessaires à la réalisation de cet article. Les résultats de l'étude montrent que les taux d'utilisation (40,56%) et de fréquentation (32,50%) aux services de santé demeurent faibles. La raison de l'inaccessibilité aux assurances maladies explique ces faibles taux. Nos résultats révèlent également que les ruraux ont recours à la médecine traditionnelle et à l'automédication (26,94%).

**Mots clés : Daloa, Assurances maladies, Accès aux soins de santé, Système de santé rural, Médecine alternative**

### **Abstract:**

Located in the centre-west of Côte d'Ivoire, the sub-prefecture of Daloa has a population of 319,427, 23.19% of whom live in rural areas (INS, 2014). The population experiences enormous difficulties in accessing healthcare despite the introduction of health insurance cover since 2011. This administrative district is recognised as an endemic area for Buruli ulcer, but is not spared from other diseases, the most important of which is malaria. Malaria is the leading cause of death in the health district, accounting for 23% (Daloa Health District, 2016, p.32). The aim of the study is to show the impact of health insurance on access to healthcare in the rural localities of the Daloa sub-prefecture. Demographic data, consultation registers and interviews with the population provided the data required for this article. The results of the study show that the rates of use (40.56%) and attendance (32.50%) at health services remain low. The reason for these low rates is inaccessibility to health insurance. Our results also show that rural people rely on traditional medicine and self-medication (26.94%).

**Key words: Daloa, Health insurance, Access to healthcare, Rural health system, Alternative medicine**

### **Introduction**

La protection de la santé constitue l'un des piliers de la protection sociale (R. TRAUB-MERZ et M. ÖHM, 201, p.2). Or, la protection sociale s'appréhende comme un ensemble de dispositifs d'accompagnement permettant à chaque individu de faire face tout au long de sa vie en cas de maladie. Parmi ces dispositifs, se trouve l'assurance maladie qui se définit comme une opération par laquelle une personne s'engage à la réalisation d'une prestation dans le cadre d'un

contrat (OIT, 2019, p.85). C'est aussi une branche de sécurité sociale chargé d'assurer la totalité ou la partialité d'un individu des dépenses de soins en cas de maladie. L'assurance maladie est un mécanisme contributif, chargé d'assurer l'individu une protection face à des risques financiers de soins en cas de maladie. Elle est à cet effet conçue pour alléger la charge financière gérée par une altération de la santé, qu'elle soit causée par une maladie ou un accident. Dans la plupart des pays occidentaux, une grande partie de l'assurance maladie est prise en charge par l'État.

En Côte d'Ivoire, le gouvernement offrait gratuitement les soins les médicaments aux populations de 1960 à 1980. Mais, à partir de 1980, suite à la suite de la crise économique, l'Etat va abandonner la politique de gratuité et adopter pour une participation communautaire au développement sanitaire avec la tarification et le recouvrement des coûts de santé (Initiative de Bamako en 1987). Avec la fin de l'état de providence, seuls les fonctionnaires et les travailleurs du secteur privé bénéficient d'une protection sociale. Les autres catégories de populations sont exclues de ce système. Face à cette restriction, le gouvernement à travers loi N° 2001-636 du 9 octobre 2001, a institué 2001 l'Assurance Maladie Universelle (l'AMU), (C. F. J. N'GUESSAN, 2008, p .102) puis une mesure exceptionnelle d'exemption totale des frais médicaux, dite «*gratuité totale*», dans les services sanitaires publics en 2011. Après un épisode de gratuité universelle entre 2011 et 2012, il a opté depuis 2012 pour la gratuité ciblée, puis pour un mécanisme d'assurance maladie obligatoire à l'échelle nationale, dénommé Couverture Maladie universelle (CMU). Pour la mise en œuvre de cette structure, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) fut créée par le décret n° 2014-395 le juin 2014 en vue de gérer et réguler le système de CMU. L'objectif visé par ces différentes politiques sanitaires est de contribuer à la lutte contre la pauvreté par la prise en charge des dépenses de santé des populations notamment les plus pauvres en vue d'améliorer les conditions de vie de la population ivoirienne, en particulier, celle qui vit en milieu rural.

Daloa l'une des sous-préfectures du district sanitaire de Daloa n'est pas en marge des difficultés d'accès aux services de santé. Localisée au Centre-Ouest du pays, cette circonscription administrative compte 319 427 habitants dont 23,19% vivent en milieu rurale (INS, 2014). Ces populations, surtout celles des espaces ruraux éprouvent d'énormes difficultés à accéder aux soins de santé malgré la création de la CNAM depuis 2014. Cette entité administrative, reconnue comme une zone endémique à l'ulcère de Buruli, n'est pas épargnée par d'autres types de maladies dont la plus importante est le paludisme. Il se présente en effet comme la première cause de décès dans le district sanitaires de la zone avec une proportion de 23% (District Sanitaire de Daloa, 2016, P.32). Le problème de recherche que pose cet article est

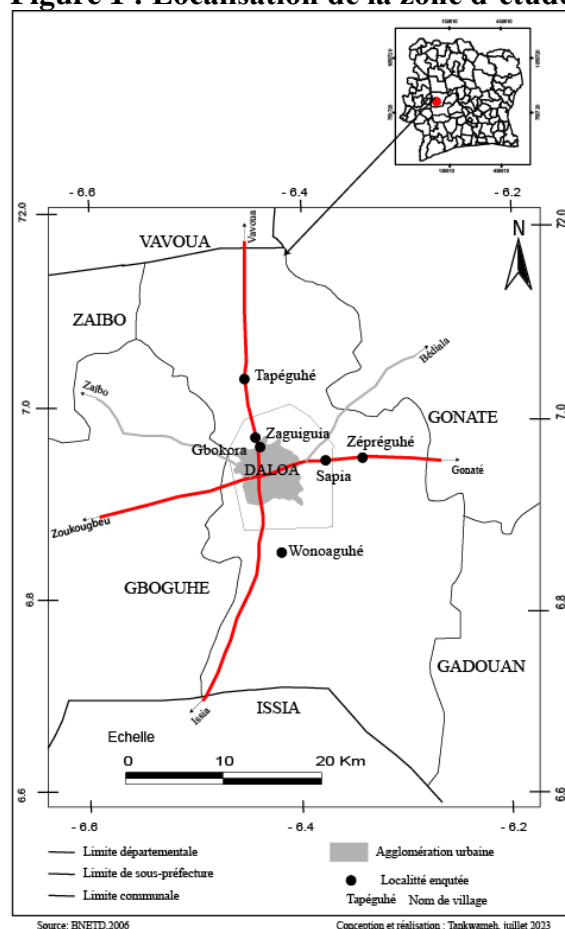
l'inaccessibilité à l'assurance maladie dans la zone rurale de Daloa. La question qui découle de ce problème est la suivante : pourquoi les ruraux de la sous-préfecture de Daloa n'ont-ils pas accès à l'assurance maladie ? L'objectif de cette étude est de montrer l'impact des assurances maladies sur l'accès aux soins de santé dans les localités rurales. Il s'agit spécifiquement d'analyser le taux d'accès aux soins de santé des populations rurales de la sous-préfecture de Daloa et d'expliquer le faible taux d'accessibilité aux soins de santé des populations rurales de cette sous-préfecture de Daloa.

## 1. Matériel et Méthodes

### 1.1. Présentation de la zone d'étude

Localisée dans le Centre-ouest de la Côte d'Ivoire, dans la région du Haut-Sassandra, la sous-préfecture de Daloa est l'une des six circonscriptions administratives du département de Daloa. Cette sous-préfecture couvre une superficie de 943 km<sup>2</sup> pour une population estimée en 2016 à 324368 habitants dont 77369 vivent dans les localités rurales (INS, 2016). Elle est limitée au Nord par la Sous-préfecture de Vavoua, à l'Ouest par celles Gboguhé et Zaïbo, au Sud par la Sous-préfecture de Boguédia et à l'Est par les sous-préfectures de Gadouan et de Gonaté. Elle comprend 33 villages dont 07 intégrés à la ville de Daloa (Figure 1).

**Figure 1 : Localisation de la zone d'étude**



## 1.2. Techniques de collecte des données

La collecte des données s'est faite en deux étapes : la recherche documentaire et l'enquête de terrain. Cette dernière s'est déroulée du 05 avril au 30 mai 2023. La recherche documentaire nous a conduits au District Sanitaire de Daloa et dans les établissements sanitaires que compte la Sous-préfecture. Ces sources documentaires nous ont permis de déterminer les taux d'utilisation et de fréquentation des formations sanitaires existant dans la Sous-préfecture. Quant à l'enquête de terrain, une enquête auprès des chefs de ménage a été faite afin de connaître les déterminants qui influencent l'accès aux services de santé. Pour cette dernière étape, le recours à la méthode par quota sur la base des données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2014 a permis d'interroger 360 personnes soit 3,00% de la population totale des localités. Ces personnes ont été interrogées selon leurs caractéristiques socio-économiques (le sexe, l'âge, la profession, le niveau d'étude, la connaissance des déterminants d'accès aux services de santé). Le choix des villages s'est fait sur la base de variables de contrôle choisies (situées dans la sous-préfecture de Daloa, accessibilité). Ainsi, 6 villages dont 3 communaux ont été retenus pour l'enquête (tableau 1).

**Tableau 1 : Répartition des personnes enquêtées selon les localités**

Localités	Statut	Population totale	Population enquêtée
Gbokora	Communal	1087	33
Sapia	Communal	1268	38
Tapéguhé	Non communal	2598	78
Wandaguhé	Non communal	952	29
Zaguiguia	Communal	713	21
Zépréguhé	Non communal	5372	161
<b>TOTAL</b>		<b>11990</b>	<b>360</b>

Source : INS, 2014

Au terme de nos investigations, le traitement informatique des données s'est effectué à partir des logiciels Sphinx, Excel et Adobe Illustrator CS 11. Les logiciels Sphinx et Excel ont servi respectivement servi au traitement statistique des données et à la réalisation des tableaux et les graphiques tandis que le logiciel Adobe Illustrator a permis à la confection des cartes. Aussi le logiciel Word a-t-il servi à la saisie du texte.

## 2. Résultats

### 2.1. Un faible d'accès aux soins de santé

L'accessibilité aux services de santé est la facilité avec laquelle on accède aux services de santé adéquats au moment opportun (MSHP, 2016, P.20). Elle se traduit par les consultations et les fréquentations dans les centres de santé. Les taux d'utilisation et de fréquentation des services de santé dans les villages de la sous-préfecture de Daloa sont faibles. Ils sont respectivement de 40,56% et de 33,32% (tableau 2).

**Tableau 2 : Niveau d'accès aux services de santé dans la sous-préfecture de Daloa**

Localités	Population enquêtée	consultations	Taux de consultation (%)	Fréquentation	taux de Fréquentation (%)
Gbokora	33	18	54,55	15	45,45
Sapia	38	21	55,26	17	44,74
Tapéguhé	78	25	32,05	21	26,92
Wandaguhé	29	11	37,93	8	27,59
Zaguiguia	21	13	61,90	9	42,86
Zépréguhé	161	58	36,02	47	29,19
<b>TOTAL</b>	<b>360</b>	<b>146</b>	<b>40,56</b>	<b>117</b>	<b>32,50</b>

Source : Nos enquêtes, Mai 2023

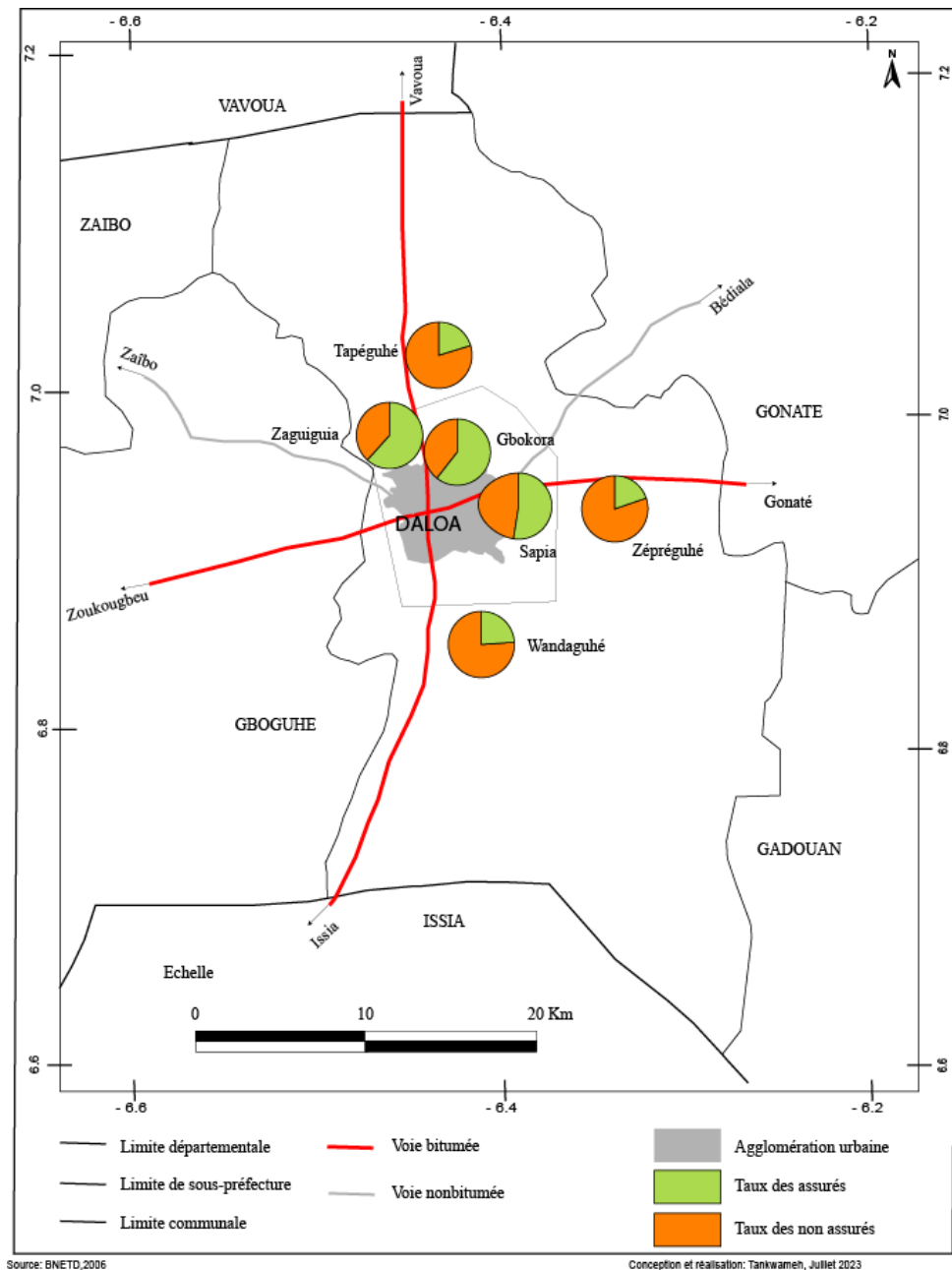
Le tableau 2 indique que plus de la moitié des ruraux fréquentent les centres de santé. Cependant, les populations des villages communaux (Gbokora, Sapia et Zaguigui) utilisent plus les services de santé que ceux des villages non communaux (Tapéguhé, Wandaguhé et Zépréguhé). Dans les villages communaux, la moitié de la population utilise les services de santé. Leur taux de consultation varie entre 54,55% à 61,90%. Cela se justifie par la présence des fonctionnaires dans ces villages alors que dans les villages non communaux, on en observe moins. Ils sont pour la plupart des instituteurs. Ils sont d'offices adhérents à la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et agents de l'Etat de Côte d'Ivoire (MUGEF-CI) ou Mutuelle des Personnels du Ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement Technique (MUPEMENET).

### 2.1. L'inaccessibilité aux assurances maladies, facteur explicatif du faible taux de consultation et de fréquentation

L'inaccessibilité des prestations des assurances maladies est la principale raison du faible taux de consultation et de fréquentation des services de santé moderne dans les villages de la Sous-

préfecture de Daloa. Cette inaccessibilité est inégalement répartie selon la localisation des localités par rapport à la ville de Daloa (figure 2).

**Figure 2 : Répartition de la population leur statut de protection sociale**



La figure 2 indique que les populations des villages communaux sont plus assurées que celles qui ne résident dans la commune. Leur taux d'accès à l'assurance se situe à 57,61% contre 20,52% pour l'ensemble des villages non communaux. Dans les détails, les populations de Zaguiguia (61,90%) ont le fort taux d'accès à l'assurance maladie. Elles sont suivies de celles de Gbokora (60,61%) et de Sapia (52,63%). La figure révèle également que plus de deux tiers de la population des villages non communaux n'ont pas accès à l'assurance maladie. Ainsi, le taux le plus faible accès à l'assurance se situe à Zépréguhé (19,88%). Ce village est

respectivement suivi du village de Wandaguhé (24,14%) et celui de Tapéguhé (20,51%). La forte proportion des souscripteurs d'assurance maladie des populations du village de Zaguiguia s'explique par le fait qu'il est doté d'un centre de santé. Il a aussi un statut de village intégré dans la ville de Daloa. De ce fait, il abrite des salariés privés et publics. Ceux-ci sont susceptibles d'être assurés. Par contre, Zépréguhé qui est un village non communal mais qui est doté d'un centre de santé enregistre le plus faible taux des personnes assurées dans la sous-préfecture de Daloa.

Les raisons du faible taux de souscription de l'assurance maladie évoquées par la population de ces localités sont de trois ordres : la pauvreté, l'aspect géographique et le dysfonctionnement des assurances (tableau 3).

**Tableau 3 : Répartition des enquêtés selon les raisons de non adhésion aux assurances**

Raisons	Pauvreté	Géographique	Dysfonctionnement	Total
Pauvreté	168	13	12	193
Géographique	0	8	10	18
Dysfonctionnement	0	0	41	41
Total	168	21	63	252

*Source : Nos enquêtes, Mai 2023*

L'analyse du tableau 3 indique que trois principaux facteurs expliquent la non adhésion de la population rurale de la sous-préfecture de Daloa aux assurances. La première raison est la pauvreté. Celle-ci se traduit par le faible revenu annuel des ruraux. A cet effet, sur un total de 252 personnes enquêtées qui n'ont pas accès à la protection sociale, 193 soit 76,59% ont à la fois évoqué le problème de pauvreté, de confiance et de dysfonctionnement de leur assurance. Parmi eux, quelques-uns 168 soit 66,67% des enquêtés ont insisté sur la pauvreté. Ils sont pour la plupart des paysans. Ces personnes ont la volonté d'adhérer à la CMU mais leur revenu est faible (inférieur à 500 000 F.CFA) et saisonnier. Ce qui ne leur permet pas de s'assurer et d'assurer les membres de leur famille car le montant minimum d'adhésion d'une assurance privée s'élève à 500 000 FCFA/personne. Au regard de ce qui précède, ces personnes, en cas de maladie, ont recours à la médecine traditionnelle et à l'automédication. Quelques-uns sollicitent leurs fils ou parents résidant en ville soit pour l'achat de leurs médicaments soit pour le paiement des frais de consultation ou d'intervention chirurgicale.

D'autres par contre, pour des raisons de réseau, ne peuvent pas utiliser leur carte quand ils sont dans le besoin ou avoir les médicaments dans les pharmacies agréées par leur assurance. Ce faisant, un quart des enquêtés ont dénoncé le dysfonctionnement de certaines assurances. Ces personnes ont adhéré à certaines assurances surtout à la carte de la CMU mais n'arrivent pas à se soigner. Ils sont au nombre de 63. Parmi eux, 41 ont insisté sur le dysfonctionnement des

assurances. Quelques-uns ont évoqué à la fois leur faible revenu annuel (12 personnes) et l'éloignement des agences d'assurance de leur résidence. Ils sont au nombre de 10 personnes. La troisième raison de la non adhésion aux assurances dans la Sous-préfecture est l'aspect géographique. Il s'appréhende à travers la variable distance et le temps d'attente. En effet, pour s'inscrire à la CMU, il faut se déplacer de son domicile au centre d'inscription qui est distant de 5 à 10 Km des localités communales. Ainsi, l'obtention de la carte CMU est un parcours du combattant comme l'atteste dame Séry (photo B). Selon elle, il faut se lever très tôt le matin pour être parmi les 150 premières personnes dans l'un des trois centres d'inscription (MUGEF-CI, centre culturel et grande mairie). Pour confirmer les propos de dame Séry, sieur Bolou affirme ceci : «*je me suis levé à 3h pour être parmi les 10 premières personnes à la grande mairie de Daloa pour me faire inscrire.*» Les personnes qui se trouvent dans cette situation sont au nombre de 21 soit 8,33% des enquêtés. Parmi eux, 8 n'ont pas de confiance des aux assurances maladie.

**Photos : Du processus d'inscription à l'obtention de la carte**



*Source : Nos enquêtes, Mai 2023*

Ces images indiquent le processus de l'enrôlement de la carte CMU. Ce processus consiste à se rendre dans un centre d'enrôlement (photo A). Une fois dans le centre, les requérants, s'installent dans la salle d'attente pour leur tour d'enrôlement. Lorsque la salle d'attente est pleine, les retardataires se mettent en rang dans le couloir (photo B) ou dans la cours. L'enrôlement proprement dit commence par la vérification des pièces à fournir (extrait de naissance et certificat de nationalité) puis la prise des empreintes digitales et photos (photo C). A la fin de l'opération, un récépissé est délivré au demandeur qui quelques semaines plus tard peut obtenir sa carte d'assurance (CMU). Avec cette carte d'assurance, il peut se soigner à moindre coût dans les centres de santé publiques (photo D) et payer ses médicaments dans les pharmacies agréées à moins coût.

Ces opérations se font uniquement dans la ville de Daloa. Pour éviter les débordements dans les centres d'enrôlement, l'étude suggère d'abord le déploiement des agents d'enrôlement dans les villages, subventionner les personnes vulnérables ensuite la fourniture suffisante des centres de santé en médicaments et l'amélioration de la qualité du réseau internet. Elle souhaite enfin la complémentarité des assurances CMU et MUPEMENET.

### **3. Discussion**

Les résultats de cette étude ont montré que le taux d'accès aux services de santé dans la sous-préfecture de Daloa est faible. Il est de 40,56% pour les consultations et de 32,50% pour les fréquentations. Ces taux sont légèrement supérieurs à ceux de la sous-préfecture de Grégbeu, l'une des circonscriptions du district santé de Daloa. Dans cette zone, ces taux sont de 24,73% et de 25,53% (K. TANO et *al.*, 2018, p.43). Cependant, ils sont inférieurs aux taux moyens de consultation (48%) et de fréquentation 43% en 2015 (MSHP, 2016, P. 41).

Les raisons évoquées à ces faibles taux d'accès aux services de santé par les différents auteurs sont d'ordres économiques, géographiques, socioculturels et liés au système de soins (D. GOBBERS, 2002, P. 72 ; M.L. DOUMBOUYA, 2008, P. 9 ; K. TANO et *al.*, 2018, p.45 ; Y. N'DRI, 2008, P. 12 et M. AUDIBERT et *al.* 2005, P.47). Ces auteurs ne mentionnent pas l'aspect de protection de maladie par la prise en charge des structures d'assurance maladie. Ce qui est contraire à nos résultats. Ces résultats révèlent que l'inaccessibilité à l'assurance maladie est un frein qui concourt aux faibles taux de consultation et de fréquentation des services de santé dans le milieu rural de la sous-préfecture de Daloa. Cette inaccessibilité à l'assurance maladie justifie la pauvreté, le manque de confiance et le dysfonctionnement des assurances maladie. Ces déterminants ne permettent pas aux ruraux d'avoir accès plus régulièrement au système de santé comme le souligne E. O. SALAHEDDINE (2007, pp.11-12).

Au niveau de la pauvreté, T. SOSSA (2010, p. 100) la désigne comme le faible niveau de revenu. Ce faible niveau de revenu selon lui constitue une contrainte de l'adhésion à une mutuelle de santé. Cet auteur est soutenu par A.S. PREKER et E. VELENYI (2010, pp112-113) et A.A. KOUADIO (2010, p.454). Pour A. S. PREKER et E. VELENYI, les ménages pauvres des zones rurales ont un niveau de revenu faible à telle enseigne qu'ils peuvent ne pas avoir confiance en un programme d'assurance nationale. Ils préfèrent prendre le risque de ne pas être couvert par une assurance. Quant à A.A. KOUADIO (2010, p.454), il affirme que les paysans du département d'Abengourou travaillent beaucoup, mais leur rémunération est faible. Ce faible revenu les oblige à quitter la Côte-d'Ivoire pour se faire soigner à moindre coût au Ghana quand ils sont malades. Au Bénin, les populations de faible revenu préfèrent investir dans leurs activités génératrices de revenus ou leurs exploitations agricoles que de contracter une assurance maladie (R. TAPSCOTT, 2013, pp. 14-16). Ces populations utilisent peu les services de soin de santé. De ce fait, elles n'ont pas besoin d'assurance maladie.

Quant au dysfonctionnement des assurances maladie, il se manifeste par la limitation de l'offre des produits pharmaceutiques et des prestations de soins. Cette idée est partagée par T. SOSSA, (2010, pp. 99-100), A. LETOURMY (2006, P.31) et J-P. SERY (2006, pp.267-268). T. SOSSA révèle que l'offre de produits pharmaceutiques des assurances ou mutuelles de santé en Afrique subsaharienne est souvent limitée du fait du prix des médicaments dans les pharmacies. Pour lui, la probabilité pour un assuré de ne pas trouver le médicament approprié à son mal peut entraîner non seulement la cessation de son adhésion mais aussi le manque de confiance. Ainsi, la non disponibilité des médicaments considérée est comme un facteur de mauvaise prise en charge comme le souligne A. LETOURMY car les populations de l'Afrique de l'Ouest surtout rurales préfèrent vérifier comment le système fonctionne avant de cotiser eux-mêmes ou adhérer à une assurance. De son côté, J-P. SERY estime que l'inadaptation du financement, la non application des dispositions prévues et la fraude sont des éléments de dysfonctionnement qui concourent aux faibles taux de couverture des assurances en Côte d'Ivoire et au Gabon. L'un des causes de la faible couverture des systèmes de mutualisation du risque maladie est la confiance. De ce fait, les adhérents résilient leurs contrats d'assurance ou mutuelle lorsque ceux-ci ont été gérés de façon calamiteuse et des souvenirs subsistent (C. BART et *al.*, 2006, pp.354-355). Selon ces auteurs, la qualité des soins d'une assurance maladie est perçue comme satisfaisante si la population cible a une confiance suffisante dans la dispensation des soins. Ces difficultés amènent les populations rurales à s'approvisionner en médicaments issus de contrefaçon ou de contrebande. Cet avis est rejeté par A.A. KOUADIO (2010, p.454) qui

constate que le recours aux médicaments issus de contrefaçon ou de contrebande par les paysans du département d'Abengourou est relatif à l'extrême pauvreté.

### **Conclusion**

Il ressort au terme de cette étude que la population rurale de la Sous-préfecture de Daloa ne fréquente pas les services modernes de santé du fait de l'inaccessibilité des assurances maladies. Malgré l'instauration de la couverture maladie universelle les taux de consultation et de fréquentation dans l'ensemble sont faibles. Cependant, ils sont acceptables dans les villages intégrés et communaux que les non communaux. Cette forte proportion de ces taux est relative à la présence des fonctionnaires dans ces villages. Aussi, la pauvreté, le dysfonctionnement, le manque de confiance, l'éloignement des centres d'enrôlement de la CMU et de longue attente sont-ils les raisons du faible taux d'accessibilité des assurances maladies. Avec la loi instaurant la CMU obligatoire, l'étude suggère d'une part, une multiplication des centres d'enrôlement dans la ville de Daloa mais aussi l'initiation de centre d'enrôlement mobile dans les villages et, d'autre part, la prise en charge des personnes vulnérables.

### **Références bibliographiques**

AUDIBERT Martine et DE ROODEBEKE Eric, 2005, *Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation et perspectives*, Banque Mondiale, Washington, 115P

BART Criel, BLAISE Pierre et FERETTE Daniel, « Mutuelles de santé en Afrique et qualité des soins dans les services : Une interaction dynamique », In : *L'Assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Série : Santé, Nutrition et Population, Banque mondiale, Washington, pp.354-355

DISTRICT SANITAIRE DALOA, 2016, *Rapport des activités*, Daloa, 2016, 77p.

DOUMBOUYA Mohamed Lamine, 2008, *Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée*, Mémoire, Université Lumière Lyon 2, Institut des Sciences de l'Homme, Laboratoire d'Economie, de la Firme et des Institutions, 20p.

GOBBERS Didier, 2002, « L'équité dans l'accès aux soins en Afrique », In : *Rubriques Internationales*, adsp, N°38, p. 71-78

KOUADIO Akou Aka, « L'accessibilité des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou (Côte-d'Ivoire) », *Les Cahiers d'Outre-Mer* [En ligne], 251 | Juillet-Septembre 2010, mis en ligne le 01 juillet 2013, consulté le 21 septembre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/com/6075> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/com.6075> , p. 39-459

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE, 2016, *Politique nationale d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé en Côte d'Ivoire*, Rapport, Abidjan, 67p.

N'GUESSAN Coffie Francis José, «Le consentement des ménages ruraux à payer une prime d'assurance maladie en Côte d'Ivoire », 2008, In : *Revue d'économie du développement*, p .101-124

N'DRI Yoman, 2008, « Comment se soigne-t-on aujourd'hui en Côte d'Ivoire ? », In : *Les vendredis du CERAP*, Abidjan, 12p.

ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL, 2019, *Protection sociale universelle pour la dignité humaine, la justice sociale et le développement durable*, Rapport de BIT, Genève, 383p

PREKER Alexander S., et VELENYI Edit. V., 2006, « Expansion des programmes gouvernementaux d'assurance maladie obligatoire en Afrique de l'Ouest : Possibilités et contraintes », In *L'Assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Série : Santé, Nutrition et Population, Banque mondiale, Washington, p. 353-372

SALAHEDDINE El Omari, 2007, *Evaluation des impacts de l'assurance sociale maladie sur la consommation des soins de santé par la population rurale à faible revenu aux philippines*, Mémoire de Maîtrise, Université du Québec à Montréal, 46P

SERY Jean-Pierre, 2006, « La couverture du risque maladie en Afrique francophone : Etude comparée des projets de couverture universelle des soins en Côte d'Ivoire et au Gabon », In *L'Assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Série : Santé, Nutrition et Population, Banque mondiale, Washington, p. 263-284

SERY Jean-Pierre, LETOURMY Alain, 2006, « Couverture du risque maladie en Afrique francophone : État des lieux, défis et perspectives », In : *L'Assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Série : Santé, Nutrition et Population, Banque mondiale, Washington, p. 197-225

SOSSA Théophile, 2010, « Couverture, financement et exclusion : l'assurance maladie en Afrique », In : *Finance & Bien Commun*, p. 95-103

TANO Kouamé, SEIDOU Coulibaly et KRA Siméon Koffi, 2018, « L'accès aux services de santé dans les localités rurales de la Côte d'Ivoire : cas de la Sous-préfecture de Grégbeu », In : *Regardsuds*; Premier numéro, mars 2018, IGT, Abidjan, p. 36-50

TAPSCOTT Rebecca, 2013, *Améliorer l'accès des populations rurales à la santé : Etude d'un programme pilote de microassurance santé au Bénin*, Catholic Relief Services, 49P

TRAUB-MERZ Rudolf et ÖHM Manfred, 2021, *Accès Aux Services De Santé : Une demande clé de la main-d'œuvre informelle en Afrique, Résultats d'enquêtes nationales représentatives en Afrique subsaharienne*, Rapport, Friedrich-Ebert-Stiftung, consulté 22/07/2023, <https://www.fes.de/fr/section-afrique>, 57p.

---

## Auteur

<sup>1</sup>Enseignant-chercheur, Université Jean Lorougnon Guédé, [tan.kwam@yahoo.fr](mailto:tan.kwam@yahoo.fr)