

Quand des caractéristiques socio-démographiques freinent l'affiliation des apprentis artisans de la localité de Korhogo à la Couverture Maladie Universelle (CMU)

Mlle Silué Gninnatien Sidonie & M. Fofana Memon

Sociologues, Université Peleforo Gon Coulibaly de Korhogo

doi: <https://doi.org/10.37745/ijisar.15/vol12n11122>

Published July 11, 2026

Citation : Sidonie S.G. & Memon M.F. (2026) Quand des caractéristiques socio-démographiques freinent l'affiliation des apprentis artisans de la localité de Korhogo à la Couverture Maladie Universelle (CMU), *International Journal of Sociology and Anthropology Research*, 12 (1) 11-22

Résumé : *Après la longue crise militaro politique, le Gouvernement Ivoirien a compris que la poursuite des progrès dans la promotion de la santé dépend de la qualité des services et de l'offre de santé, ainsi que de l'élargissement du système assurantiel aux couches sociales œuvrant dans le secteur informel telle que les artisans. C'est pourquoi, dès la mise en route de la Couverture Maladie Universelle en 2014, les autorités en charge de cette politique sociale ont pris des mesures et mené des sensibilisations afin d'obtenir une affiliation forte des artisans. Mais le constat est que plusieurs années après, l'affiliation de cette catégorie à la CMU restent toujours faibles. C'est le même son de cloche dans le milieu des apprentis artisans de la ville de Korhogo où le taux d'affiliation oscille autour de 20%¹. C'est dans cet ordre d'idée que le présent article cherche à questionner les éléments sociaux qui favorisent ce comportement de faible adhésion des apprentis artisans à la CMU après tant d'année de sensibilisation. Le travail repose sur une approche méthodologique qui combine des outils et méthodes qualitatifs et quantitatifs sur un échantillon raisonnable. Les résultats indiquent que le faible taux d'affiliation des apprentis artisans à la CMU est expliqué par des éléments socio-démographiques (l'ethnie – la nationalité, l'éducation, la religion et le statut matrimonial) propre à cette catégorie socio-professionnelle.*

Mots clés : affiliation, CMU, caractéristiques sociodémographiques.

INTRODUCTION

L'accès à une couverture maladie est l'un des facteurs clefs favorisant une meilleure santé des populations, notamment celle qui sont dans le secteur informel. C'est dans ce contexte que depuis la fin des années 1980, la Côte d'Ivoire ne cesse de s'engager dans une dynamique de réformes du secteur de la santé. Ces réformes, depuis l'indépendance du pays ont principalement concerné : (i) la mise en œuvre du « recouvrement des coûts » au niveau des services de santé publique tel que recommandé dans le cadre de l'Initiative de Bamako, (ii) la fixation d'un Paquet Minimum d'Activités (PMA) à tous les niveaux de l'architecture sanitaire, (iii) la mise en œuvre du modèle d'organisation des services extérieurs de santé basés sur le

¹ Selon notre enquête exploratoire

district sanitaire tel que promu par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Parallèlement à ces réformes, plusieurs programmes verticaux ont été mis en place à travers le Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) afin de faciliter le recours de la population aux systèmes de soins. Mais malgré ces nombreuses réformes, une grande partie de la population ivoirienne vivait sans couverture maladie. Cela rend, sans aucun doute, la transition démographique dans le pays car plus de la moitié de la population du pays œuvre dans le secteur informel. C'est la raison pour laquelle le Gouvernement Ivoirien, au lendemain de la longue crise militaro-politique, à instaurer, par la loi n°2014-131 du 24 mars 2014, la Couverture maladie universelle (CMU), objectif : améliorer l'accès de toute la population aux soins de santé. Cependant, malgré cette action de l'autorité, les taux d'affiliation des acteurs du secteur informel en général et particulièrement des apprentis artisans de la ville de Korhogo demeurent relativement faibles. Et avec le temps cette question de l'affiliation à la Couverture Maladie Universelle (CMU) des acteurs du secteur informel, notamment les apprentis artisans est devenue une problématique majeure. Dans la ville de Korhogo, le processus exploratoire que nous avons entrepris auprès des artisans apprentis laissent entrevoir une faible affiliation de ceux-ci à la CMU avec un taux d'affiliation qui atteint à peine 20%. En effet, seulement 18,51% des répondants ont affirmé être affiliés à la CMU. Cette problématique nouvelle, inscrite dans des paradigmes socio-politiques, est tantôt analysé par la littérature sous l'angle de la dotation économique des acteurs du secteur informel, tantôt sous l'angle de la dynamique traditionnelle à l'œuvre dans la société. Sur la base donc des facteurs questionner par la littérature, il nous semble que d'autres éléments sociaux mériteraient d'être examinés. De cette logique, l'objectif du présent article est d'analyser le poids des caractéristiques sociodémographique sur l'affiliation des artisans mécanicien et tisserands à la Couverture Maladie Universelle (CMU). Ainsi, les éléments sociodémographiques que mobilise la présente étude sont l'ethnie – la nationalité, l'éducation, le statut matrimonial et la religion des apprentis artisans.

Approche méthodologique :

L'étude a été menée dans la ville de Korhogo, chef-lieu de la région du Poro et la plus grande ville du district du Nord. La ville comporte 440926 habitants avec diverses activités liés à l'artisanat.

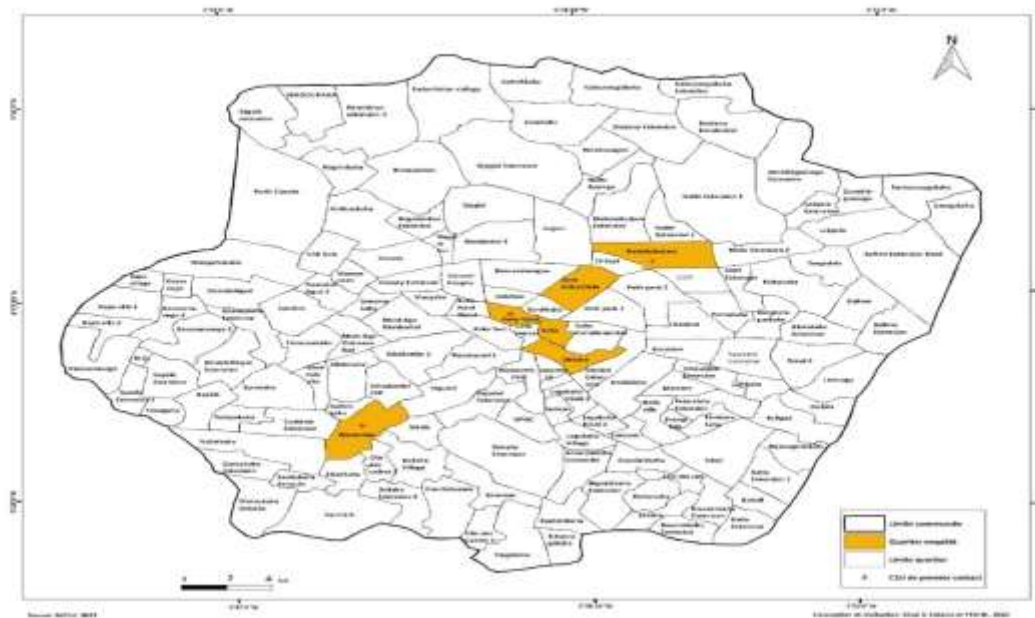


Figure 1 : *présentation de la zone d'étude*

La collecte des données s'est déroulée en quatre phases distinctes. La première phase, dite exploratoire a consisté à l'identification des lieux de services des artisans. A cet effet, nous nous sommes limités aux apprentis artisans œuvrant dans le domaine de la mécanique auto et tisserands. Des garages mécaniques et ateliers des tisserands dans la ville ont donc été identifiés. Cette phase a consisté aussi à prendre les contacts avec les acteurs et à les préparer pour une enquête sur le sujet de l'étude.

La deuxième phase a utilisé un questionnaire sur tablette pour passer en revue notre questionnaire avec les apprentis artisans (mécaniciens et tisserands). A cet effet, le questionnaire a été administré à 83 artisans ayant le statut d'apprentis âgés de plus de 18 ans. Le taux de réponse a été jugé très satisfaisante (100%). À partir de ces données, des groupes de référence ont été constitués pour chacune des sites des différentes garages.

La troisième phase a consisté en des entretiens semi-structurés avec un sous-échantillon de douze apprentis artisans qui avaient participé aux questionnaires rapides. Les participants à l'entretien devaient répondre à une série de questions ouvertes sur leurs expériences en matière de soins, de système assurantiel, leur participation au processus d'adhésion à la CMU et leur perception de cette politique sociale.

La quatrième phase, dite phase d'analyse des données, s'est déroulée plusieurs jours après les trois premières, afin de laisser le temps aux collecteurs de données d'analyser les résultats des questionnaires de la phase 2 et de recruter des participants répondant aux critères des groupes de référence pour les groupes de discussion. Deux groupes de discussion ont été organisés avec deux types différents de groupes de référence (tisserand & mécanicien). Ainsi, le processus

d'apurement des données quantitatives s'est déroulé en trois étapes séquentielles strictement contrôlées. La première étape, le contrôle de complétude et d'authenticité, a vérifié pour chaque questionnaire soumis sur KoboToolbox. La deuxième étape, le contrôle de cohérence interne. La troisième étape a traité les valeurs manquantes et aberrantes selon les règles d'imputation ou d'exclusion ; le taux de valeurs manquantes a été calculé et reporté pour chaque variable, et au-delà d'un seuil de 15 %, l'indicateur correspondant a été signalé comme non robuste.

Pour l'analyse, la base de données apurée a été exportée vers le logiciel SPSS pour le traitement statistique. Les statistiques descriptives ont constitué le socle du rendu quantitatif, avec calcul des fréquences, des moyennes, des médianes, des écarts-types etc. Au niveau qualitatif, les entretiens enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique a fait l'objet de retranscription en fonction de la structure du guide. Ces fiches de transcription élaborées ont fait l'objet d'analyse. L'analyse de contenu a été retenue comme technique et des catégories analytiques ont été construites. La logique inductive a permis d'enrichir cette grille par les thèmes émergents non anticipés au stade du cadrage.

Cadre conceptuel et théorique

Cadre conceptuel : le concept de "affiliation à la CMU"

De façon classique "affiliation" traduit l'adhésion ou l'attachement ou participation formelle d'un acteur social ou d'un groupe d'acteur à une organisation, une politique sociale, une association en acceptant ses conditions de participation à ses activités pour ensuite bénéficier des avantages de cette politique sociale ou de cette association. C'est donc l'acte par lequel une personne manifeste pleinement son désir d'appartenir à une mutuelle de santé ou d'assurance. Dans le cadre de cette production scientifique nous attendons par affiliation à la CMU l'acte par lequel les apprentis artisans décide d'adhérer à la CMU à travers son enrôlement, le paiement de ses cotisations, retirent leurs carte CMU et par la suite utilisent efficacement sa carte CMU dans le processus de règlement des problèmes de santé. C'est une sorte d'intégration des acteurs du secteur informel, notamment les apprentis artisans dans le réseau national de solidarité afin de leur favoriser la transmission équitable de soin de qualité.

Cadre théorique

La clarification des notions clés du sujet par le chercheur, constitue une étape décisive dans la construction de l'objet sociologique, d'autant plus qu'elle permet d'éviter tout malentendu afin qu'on sache de quoi il est question. Ce principe de vérification scientifique enseigné par l'un des pionniers de la sociologie (Émile Durkheim, 19), permet ainsi de rompre avec les évidences du langage commun qui entourent les systèmes assurantiels notamment en Côte d'Ivoire. Les ressources mobilisées par les apprentis artisans – pour s'affilier ou non à la CMU – ne sont jamais de simples ressources descriptives. En effet, ces ressources sociales – loin d'être un simple élément – participent activement à la construction d'obstacles sociale à l'affiliation des acteurs du secteurs informel aux systèmes assurantiels de santé tel que la CMU. C'est pourquoi, pour restituer les usages des caractéristiques sociodémographiques dans la fabrication de la faible affiliation des artisans de Korhogo, le présent article se positionne dans la théorie de l'interactionnisme sociologique.

Pour les sociologues « interactionnistes », dans la lignée des travaux d'Eliot Freidson (1984) publiés en 1970, les situations sociales sont sans cesse négociées et redéfinies lors des interactions entre acteurs de l'offre de santé et la population ou entre les médecins et les malades. La relation entre acteur de l'offre sanitaire et les acteurs de la demande sur la scène médicale dépend donc de multiples rapports que vit chaque acteur du champ médical. Par ailleurs, l'exercice des acteurs de l'offre se situe dans un contexte organisé et structuré, qui joue un rôle important. La pratique individuelle d'un soignant, insérée dans la vie de la cité, est dépendante du « client » qu'est le patient, tandis que la pratique à l'intérieur d'une politique sociale est essentiellement dépendante de la disposition sociale de la population.

L'ethnie et la nationalité sont positionnés comme des éléments sociaux qui conditionne l'affiliation des apprentis artisans à la CMU

L'étude sur l'affiliation des acteurs du secteur informels met en relief les apprentis mécaniciens et tisserands appartenant à un profil comme catégorie sociale indispensable à questionner. Dans un procédé aléatoire lié à la sensibilité de l'étude, l'enquête a porté prioritairement sur 83 apprentis artisans. Le processus d'affiliation à une assurance maladie comme la CMU est fonction des investissements que font les individus au cours de leur vie pour maintenir une meilleure santé. Selon les résultats de notre enquête, la nature de ces investissements est fortement tributaire de l'appartenance ethnique et de la nationalité des apprentis artisans.

En effet, l'ethnie et la nationalité affectent fortement le niveau d'appréciation de la CMU des apprentis artisans. Si le rêve réel de l'homme est de vivre longtemps en préservant la santé, alors on peut dire que chaque acteur social naît avec une réserve de volonté d'adhérer à une assurance maladie. Mais cette réserve de volonté d'affiliation s'affaiblit avec plusieurs facteurs sociaux, et parmi ces facteurs qui participent à la déconstruction de la volonté d'affiliation des acteurs, les résultats de la présente étude identifie l'ethnie et la nationalité. Dans le cadre de cette étude ces deux indicateurs vont de pair et ne sont pas séparable. L'un est à l'autre ce que le contenant est au contenu comme l'indique bien le tableau ci-dessous. L'ethnie et la nationalité des apprentis artisans conditionne l'affiliation des apprentis artisans à la politique de la CMU comme le montre le tableau.

Tableau 1 : Ethnie et Nationalité des répondants

Ethnie	Pourcentage		Nationalité	Pourcentage
Koyaka	0,6		Ivoirienne	33,23
Dioula	69,8		Maliennne	33,3
Sénoufo	28,4		Burkinabé	10,7
Autre	1,2		Autre	12,77
Total	100,0%		Total	100,0%

Source : données enquête 2026

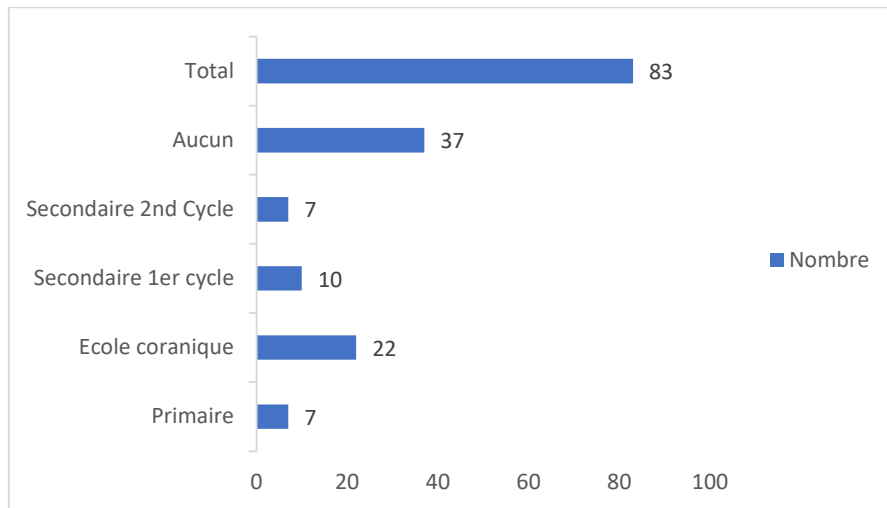
Tout comme la plupart des études sur la composition des ethnies, l'étude sur la composition ethnique des apprentis artisans de la commune de Korhogo présente une diversité d'ethnie avec une importante représentativité de l'ethnie "Dioula" se situant plus de 69%. Autrement dit, les données recueillies sur le terrain permettent de mettre en saillance, à travers le tableau ci-dessus,

une prééminence de « Dioula » opérant dans le secteur de l'artisanat, c'est-à-dire œuvrant comme des apprentis mécaniciens et tisserand.

Du point de vue de la nationalité, la majeure partie des apprentis artisans se réclamant de l'ethnie « dioula » sont de nationalité « malienne ». La prédominance de l'ethnie « Dioula » dans l'échantillon rappelle un fait historique. En effet, d'un point de vue de l'histoire, le mot « dioula » signifie littéralement « commerçant ». Donc l'ethnie « dioula » correspond à une classe sociale où la structuration sociale est dominée par le commerce et la mobilité. La majorité des apprentis artisans logés dans la classe de l'ethnie « dioula » estiment qu'ils sont apprentis ici à Korhogo, mais ils peuvent se retrouver un jour ou l'autre dans un autre pays. C'est ce qui transparaît de façon voilée dans le discours d'un apprenti artisans lorsqu'il dit « *...nous n'avons pas de lieu stable comme de bon dioula....si on apprend le métier ici...on peut aller s'installer au Niger...au Mali...en Guinée...au Burkina Faso ou ailleurs...là où notre chance sera...tu vois que dans ce cas si on adhère à la CMU et puis on cotise vers la fin on va perdre et on ne va pas nous rembourser notre argent cotisé* » ; « *.....moi je suis dioula mécanicien...je n'ai pas de maison fixe....CMU là.....c'est pour ceux qui savent qu'ils sont ici jusqu'à la mort* ». Comme mentionné un peu plus haut, l'affiliation à la CMU suppose une volonté basée sur la rationalité des apprentis artisans. Le statut mobil des apprentis artisans déconstruit leur volonté d'affiliation. Une telle situation ne peut que produire l'émergence de comportement de faible affiliation. À partir de ce verbatim, nous apprenons que la rationalité de l'affiliation des apprentis artisans ne fait pas appel à un seul calcul d'intérêt financier mais plutôt au caractère mobilitaire qui va historiquement avec leur ethnie. Les apprentis artisans majoritairement « dioula » s'associent socialement et/ou historiquement à des « aventuriers », des « commerçants » qui migrent pour le « Djoulaya mécanique » ou « Djoulaya tisserand », c'est-à-dire commerçant mécanicien ou tisserand ». L'affiliation des apprentis artisans à la CMU s'organise autour donc d'un ensemble de procédures relativement structurées autour l'ethnie mais aussi de la nationalité, bien que celles-ci ne reposent sur aucune normalisation formelle commune à l'ensemble des études sur les systèmes assurantiels. En ce qui concerne la nationalité, la majorité des apprentis de l'échantillon sont de nationalité Malienne. L'enquête révèle une dominance des allogènes maliennes (33,3%) dans l'échantillon certainement à cause de la proximité de Korhogo du Mali, pays secoué par la crise terroriste. La situation terroriste au Mali peut-être à l'origine de la migration des jeunes vers Korhogo, capital du district du nord, mieux dotée en services collectifs, publics et privés et principal pôle commercial et de transit du nord ivoirien vers le Mali. Tout comme l'ethnie, le caractère allogène de la majorité des apprentis fait qu'il sont perçus à travers le prisme du nomadisme. La majorité d'entre eux disent vouloir se retourner un jour ou l'autre comme l'atteste cet enquête « *aujourd'hui je suis ivoirien mais je finis ici...je vais retourner un jour chez moi au Mali...* ». Ce caractère mobilitaire de la majorité des apprentis ne peut que freiner leur affiliation à la Couverture Maladie Universelle.

L'éducation des apprentis artisans freine leur affiliation à la CMU

Une large part des populations de notre échantillon sont sans aucun niveau d'instruction. En effet, 37/83 des interviewés n'ont aucun niveau d'éducation et 22/83 ont un niveau coranique sommaire. Seulement 10/83 ont un niveau secondaire et 7/83 ont un niveau primaire comme l'indique le graphique ci-dessous.



Source : données enquête 2026

L'on peut donc conclure, au regard des dispositions sur le graphique, que les apprentis artisans sont majoritairement analphabète alors qu'il est admis que l'éducation influence la participation ou l'affiliation des usagers à un système d'assurance maladie.

L'analyse des données des entretiens fait émerger l'hypothèse selon laquelle le faible niveau d'instruction des apprentis de l'échantillon conditionne leur affiliation à la couverture maladie universelle. En effet, le déficit d'éducation des apprentis limite leur compréhension du bien fondé et du principe de mutualisation des risques qui encadre tous système assurantiel tel que la CMU. Cette affirmation est soutenue par le discours des répondants en ces termes :

« CMU là...ça va servir à quoi ? moi vraiment je ne sais pas à quoi cela va servir... » ; « moi je cherche un bon "barra"² pour avoir mon "jetons"³ pour manger...tu me parle de CMU » ; « si j'ai la carte CMU là...cela fera de moi un fonctionnaire ? ou on va me donner un salaire chaque moi ? » ; « CMU là c'est pour nous voler...comment quelqu'un qui n'a rien et qui se cherche on te dit de cotiser chaque mois...c'est eux les boss qui doivent cotiser pour nous et non le contraire » ; « je n'ai pas confiance à la CMU car en Afrique quand un pouvoir prend une décision aujourd'hui.....demain si eux il quitte.....lui qui va venir va dire autre chose....moi je sais que CMU là va devenir vrai "dohi"⁴ après » ; « moi je ne sais pas lire...je ne sais pas écrire pourquoi aller labà ?....qui va remplir mon dossier... ce sera une honte pour moi si les gens savent que je ne sais pas écrire ».

Autant de discours qui permet de dire que le faible niveau d'instruction formelle des apprentis artisans engendre une méfiance envers la CMU, la honte à ne pas pouvoir remplir soi-même les documents administratifs et une mauvaise perception du rapport coût-soins. Au regard donc des faits observés et du comportement des acteurs, on peut émettre l'hypothèse que le faible niveau d'affiliation des apprentis artisans à la CMU est étroitement lié à ce qu'il est permis d'appeler

² Selon le langage du sens commun en commun, Bara signifie travail

³ Jeton signifie l'argent

⁴ Dohi signifie mensonge, trahison etc

‘‘déficit d’éducation formelle’’ permettant de comprendre les contours de la politique d’assurance maladie. Ce déficit d’éducation formelle engendre à son tour une crise de légitimité sociale dans le rapport des apprentis à la politique de la CMU. Aussi, peut-on être surpris par ce constat lorsque l’on sait à quel point la CMU est critiquée par la population de l’échantillon en ces termes « *moi je ne crois pas en votre affaire de CMU là* » ; « *c’est un vrai dohi* » ; « *comment nous pauvre...on doit cotiser pour eux* » ; « *c’est au boss de cotiser pour nous si vraiment vous voulez nous soigner* » ; « *laissez-moi avec votre histoire de CMU...c’est Dieu qui donne la maladie et c’est lui dieu qui guériss...une maladie qui ne guériss pas relève de la sorcellerie* ».

On comprend comment le faible niveau d’éducation est arrivé à développer chez les apprentis, des comportements de non affiliation aux système assurantiel et les installe dans une relation sanitaire où c’est Dieu qui rend malade et c’est ce même Dieu qui Guériss par les plantes...les maladies qui ne guérissent pas sont causées par les sorciers » disent-ils.

Certes, la CMU initiée par le gouvernement ivoirien est considérée comme un outil utile pour relever les défis d’accès aux soins de qualité en Côte d’Ivoire, particulièrement des couches sociales vulnérables et non couvertes par une assurance maladie. Cependant, pour que la CMU fonctionne efficacement, toutes les couches sociales du pays doivent être éduquées et s’affilier à cette politique. Cela est conforté par l’hypothèse de Dubois (2002) selon laquelle les individus jouissant d’une éducation formelle accordent une plus grande attention aux risques sanitaires, seraient plus ouverts à l’innovation et auraient de plus grandes facultés à comprendre l’intérêt du système assurantiel. Cela permet de conclure que plus le niveau d’éducation est élevé, plus l’individu a un grand penchant à s’affilier à une assurance maladie. Donc moins le niveau d’instruction est élevé, l’individu a du mal à comprendre le bien-fondé d’une assurance maladie. Pour le dire autrement, les apprentis artisans sachant lire et écrire sont davantage susceptibles d’adhérer à la CMU.

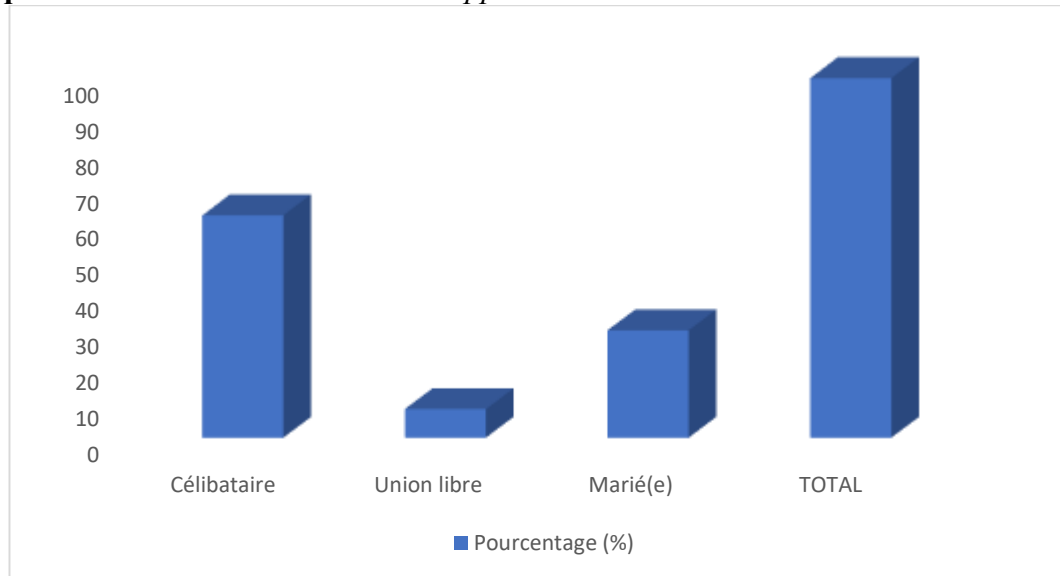
Le statut matrimonial et la religion des apprentis constitue un facteur qui limite l’affiliation des apprentis à la CMU

Peu de sujets ont suscité un débat dans le domaine de la santé des populations au cours des dix dernières années que l’affiliation des populations à une couverture maladie (Fonteneau, 2006, 2003 ; Dubois, 2002 ; Atim, 2000 ; Arthur Acolin and Reina, 2022 ; Shamsuddin and Campbell, 2022). Ces débats tournent autour de l’interrogation suivante : le statut matrimonial et la religion sont-elles un frein à l’affiliation d’un groupe sociale à l’assurance maladie ? Si la majorité des travaux soutiennent l’hypothèse que le statut matrimonial et la religion n’ont aucune influence sur le processus d’affiliation d’un groupe sociale à une assurance maladie (Basaza et al., 2008 ; Criel & Waelkens, 2003 ; Fonteneau, 2003 ; Criel et al., 2002 ; Tine, 2000 ; Criel, 1998), un petit nombre d’auteurs (Jütting, 2005 ; Dong et al., 2003) issus de différentes disciplines montrent à l’inverse que l’affiliation à une assurance maladie est menacée par le statut matrimonial et la religion des usagers.

Les résultats des enquêtes sur l’influence que peut avoir la religion et le statut matrimonial des apprentis artisans divergent. Le statut matrimonial semble constituer un réel obstacle à l’affiliation des apprentis d’autant plus que l’institution en charge de la CMU n’établit pas de

lien avec une telle caractéristique sociale. Ainsi, selon l'enquête réalisée le pourcentage de la population célibataire (62%) est plus élevé que celui de la population des apprentis mariés (30%). Seulement 8% des apprentis sont en union libre.

Graphique 2 : Situation matrimoniale des apprentis artisans

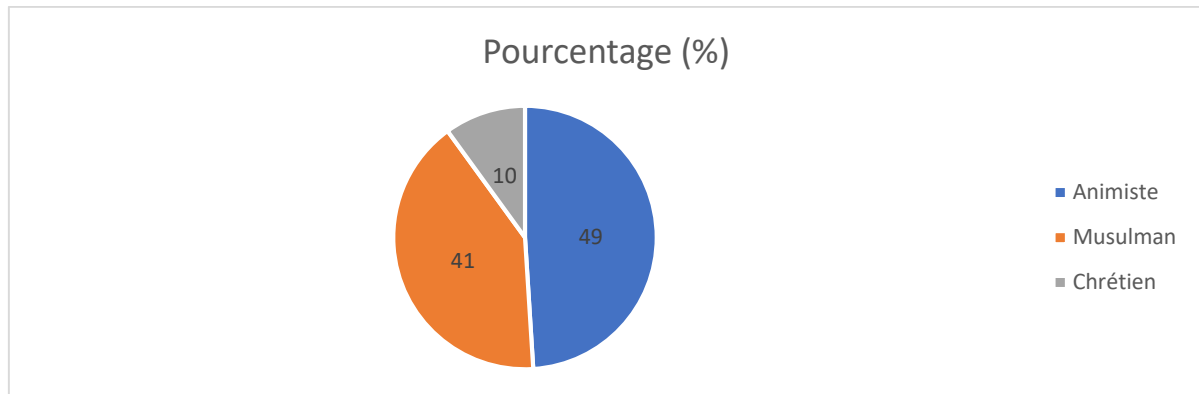


Source : données enquête 2026

Bref, la répartition par statut matrimonial donne une large prédominance aux célibataires avec plus de 60% du total, cela conforte l'hypothèse que le projet d'affiliation à un système assurantiel de santé migratoire continue à dépendre du mariage. En effet, le célibat facilite souvent la prise de décision de l'exode ou "aller se chercher ailleurs", en réduisant les responsabilités immédiates vis-à-vis de la cellule familiale. Cela s'explique par le fait que les personnes non mariées, généralement plus jeunes, présentent une plus grande mobilité géographique et sont plus portées par cette « liberté » ou la santé occupe très peu de place. En gros, le célibat engendre moins d'obligations familiales ou d'attaches locales et ne donne pas de place au processus de construction de la santé. C'est ce qu'affirment certains enquêtés. « (...) si tu as femme avec enfant ce n'est pas facile..tu auras une grande responsabilité car tu vas être préoccupé par la santé, la nourriture, le logement des enfants et la femme...et là tu peux être tenté de s'affilier à la CMU même si tu n'as pas d'argent...mais quand tu es seul, tu t'en fou...la santé n'est pas un souci pour toi...c'est partir ailleurs se chercher et avoir une vie meilleure qui te préoccupe. Si maladie vient...tu gère et tu continues ta vie...tu ne dois à personne sauf à ta propre personne... ». De ce verbatim, l'étude conclut que le statut matrimonial semble conditionner l'affiliation des acteurs à la Couverture Maladie Universelle.

Contrairement au statut matrimonial, l'appartenance religieuse des apprentis, reste peu envisagée comme obstacle d'affiliation à la CMU. Mais le discours de certains acteurs de l'échantillon permet de dire qu'elle pourrait avoir une influence sur l'affiliation des artisans à la CMU même si cela ne peut pas être au même degré que le statut matrimonial.

Graphique 3 : Appartenance religieuse des apprentis artisans



Source : données enquête 2026

En ce qui concerne l'obédience religieuse des enquêtés, on note une dominance des animistes (49%), ce qui suggère que l'affiliation à la CMU est perçue comme religieusement absurde. Les musulmans de l'échantillon forment approximativement 41% de la population d'enquête. Parmi les interviewés, 10% se réclament de la religion chrétienne. Les acteurs apprentis interrogés (affilié ou non) ont majoritairement affirmé que le faible taux d'affiliation à la CMU dans leur milieu n'est pas associé à une appartenance religieuse. Nonobstant, une partie pense que le fait de s'affilier à un système assurantiel de santé est une façon de dire « ...maladie vient me prendre... ». Même si les apprentis ont majoritairement avancé que leur appartenance religieuse n'a pas assez d'influence sur leur affiliation à la CMU, les verbatims de type « s'affilier à une assurance...c'est dire maladie vient me prendre » permettent de dire que la croyance religieuse participe à la construction ou non à l'affiliation des apprentis à la CMU.

DISCUSSION DES RESULTATS

Les résultats obtenus dans cette recherche nous amènent à questionner la manière dont les caractéristiques sociodémographiques propre aux individus sont généralement convoquées dans les discours de la littérature mais aussi chez les acteurs sociaux. Les résultats indiquent que, quel que soit l'espace, le niveau d'éducation formelle, le statut matrimonial, l'origine ethnique et la nationalité sont les facteurs les plus importants dans l'explication de la faible affiliation des artisans à la couverture maladie universelle. En effet les observations empiriques montrent que l'ethnie, la nationalité, l'éducation, le statut matrimonial et à un degré moindre l'appartenance religieuse conditionnent partiellement ou totalement le processus d'affiliation des apprentis à la CMU. Ces résultats sont conformes à ceux trouvés par Fonteneau, 2006, 2003 ; Dubois, 2002 ; Atim, 2000 ; Arthur Acolin and Reina, 2022 ; Shamsuddin and Campbell, 2022 qui ont pointé ces éléments sociodémographiques comme un déclencheur exogène incitant les apprentis à moins s'affilier à la CMU. Par ailleurs, les caractéristiques liées à l'appartenance religieuse, telles que celles mises en évidence par Fonteneau, (2003) ; Criel et al., (2002) ; Tine, (2000) ressortent comme des éléments plus ou moins importants dans le processus d'affiliation des groupes sociaux à une assurance maladie. Toutefois, le processus d'affiliation à un système assurantiel reste un enjeu social complexe à cause du caractère historique et dynamique de

l'homme. Même si nos données permettent de questionner certains éléments des caractéristiques pertinentes, il reste pénible de mener une étude exhaustive.

CONCLUSION

Bien que la politique de protection sociale à travers les systèmes assurantiel de santé ne cesse de s'élargir à l'ensemble des couches sociale dans nos sociétés, les taux d'affiliation, notamment dans le milieu du secteur informel, restent toujours relativement bas. C'est le cas de la politique de Couverture Maladie Universelle lancé par le gouvernement ivoirien après la longue crise militaro-politique de 2010.

Ainsi, à partir d'enquêtes réalisées dans le milieu des artisans, nous avons cherché à questionner et comprendre quelques éléments sociaux majeurs qui participent à cette faible affiliation. Dans ce processus nous n'avons pas perdue de vue, les limites de notre exercice, en particulier sur le plan méthodologique. Car au-delà des éléments sociaux liés à l'ethnie, la nationalité, le niveau d'éducation, le statut matrimonial et l'appartenance religieuse pris en compte dans cette étude auprès des apprentis artisans, il nous semble que d'autres facteurs sociaux gagneraient d'être questionnés. L'étude a démontré que les caractéristiques sociodémographiques notamment, l'ethnie, la nationalité, l'éducation, le statut matrimonial et l'appartenance religieuse interviennent dans la fabrication des comportements de faible affiliation des apprentis artisans à la CMU. Ainsi, pour une frange importante de la population enquêtées, au niveau de l'affiliation à la CMU, ces caractéristiques propres au groupe et à l'individu restent un moyen d'échapper aux principes de la couverture maladie universelle.

REFERENCE

- ATIM C. (2000)., *Contribution financière des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé* : Synthèse de travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du centre, STEP, Bureau international du travail, Genève.
- Arthur Acolin and Vincent Reina (2022)., *Housing cost burden and life satisfaction*. Journal of Housing and the Built Environment, 37(4) :1789–1815.
- CRIEL B., WAELEKENS M.-P. (2003)., *Declining subscriptions to the Maliando Mutual Health Organisation in Guinea-Conakry (West Africa)* : what is wrong ? Social Science Medicine, vol. 57, n° 7, 1205-1219
- CRIEL B., BARRY A., VON ROENNE F. (2002)., *Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale*, Medicus Mundi Belgique, Bruxelles.
- CRIEL B. (1998)., *District-based health insurance in sub-Saharan Africa, Part II : Case-studies*, Studies in Health Services Organisation & Policy, Anvers.
- DUBOIS F. (2002)., *Les déterminants de la participation aux mutuelles de santé : étude appliquée à la mutuelle Leeré Laafi Bolem de Zabré*, Mémoire, Université de Liège.

Publication of the European Centre for Research Training and Development-UK

- DONG H., KOUYATE B., SNOW R., MUGISHA F., SAUERBORN R. (2003)., Gender's effect on willingness-to-pay for community-based insurance in Burkina Faso, *Health Policy*, vol. 64, 153-162.
- Emile. Durkheim (1984à)., *Les Règles de la méthode sociologique*, Paris, Payot, coll. "Petite Bibliothèque Payot", 2009 (ISBN 2-228-90478-3)
- Freidson (E), (1984)., *la profession médicale*, Paris, payot, New York Dodd Mead and c°, 1970
- FONTENEAU B. (2006)., *Déterminants d'adhésion aux mutuelles de santé : proposition de grille d'analyse et résultats de quelques recherches*, *Communication au séminaire GRAP-OSC Le croisement des regards : déterminants d'adhésion aux mutuelles de santé*, Liège, 6 octobre.
- FONTENEAU B. (2003)., *Les défis des politiques de micro-assurance santé en Afrique de l'Ouest. Cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité*, Hoger Instituut voor de Arbeid, Leuven.
- JÜTTING J. (2005)., *Health insurance for the poor in developing countries*, Ashgate Publishing, Aldershot.
- TINE J. (2000)., *Les mutuelles de santé rurales de la région de Thiès au Sénégal*. Des initiatives communautaires pour améliorer l'accès aux soins de santé, Center for Development Research (ZEF), Bonn.
- Shomon Shamsuddin and Colin Campbell (2022)., Housing cost burden, material hardship, and well-being. *Housing Policy Debate*, 32(3) :413–432.