

QUELLE COMMUNICATION GOUVERNEMENTALE SUR LA GRATUITÉ DES SOINS DES ENFANTS DE 0 À 5 ANS ?

Abibata DRAME

Département des Sciences de l'Information et de la Communication ? Université
Félix Houphouët-Boigny/Drameo2015@gmail.com

et

Assanan OUATTARA

Département des Sciences de l'Information et de la Communication, Université
Félix Houphouët-Boigny/Ouattaraassanan2015@gmail.com

Résumé

En 2011, le gouvernement ivoirien a instauré une politique de gratuité généralisée des soins dans tous les établissements sanitaires publics. Cette politique bien qu'ayant suscité l'espoir chez les populations a été abrogée pour faire place à la gratuité sélective (gratuité ciblée des soins) le 16 février 2012. Elle prend en compte les femmes enceintes et les enfants de 0- 5 ans et certains soins gratuits pour une frange de la population. (PSGouv, 2012). L'objectif de l'étude est d'évaluer la communication sur la gratuité ciblée des soins (GCS) des enfants de 0-5 ans. L'hypothèse de départ étant que, le faible taux de fréquentation des centres de santé par les parents des enfants de 0-5 ans s'explique par l'inefficacité de la communication sur la politique de la gratuité ciblée des soins. L'étude a fait appel à la théorie du two steps flow of communication (E. Katz et P. Lazarsfeld, 1955) et le modèle des croyances relatives à la santé (HBM) (G. Rosenstock, 1950). Elle s'est appuyée sur une méthodologie qualitative et quantitative dans le district sanitaire de Koumassi et Port-Bouët Vridi (Abidjan) où le nombre total de consultants des établissements scolaires communautaires (ESPC) est passé de 181 860 en 2015 à 166 385 en 2018 (RASS 2018). Elle a permis de déceler les nombreux problèmes de communication liés à la mise en œuvre de la mesure de la GCS. Ces problèmes sont liés à la fois à un manque d'information sur les éléments du panier des soins offerts et à l'inefficacité des approches communicationnelles utilisées.

Mots clés : Communication gouvernementale, Gratuité ciblée des soins, Côte d'Ivoire.

Abstract :

In 2011, the Ivorian government introduced a policy of generalized free care in all public health facilities. This policy, although it raised the hopes of the population, was repealed to make way for selective free care (targeted free care) on February 16th 2012. It takes into account pregnant women and children aged 0-5 years and some free care for a fringe of the population. (SPGouv, 2012). The objective of the study is to evaluate the communication on targeted free care (GCS) for children aged 0-5 years. The starting hypothesis was that the low rate of attendance at health centers by parents of children aged 0-5 years is explained by the ineffectiveness of communication on free targeted care. The study used the two-step flow of communication theory (Katz and Lazarsfeld, 1955) and the Health Belief Model (HBM) (Rosenstock, 1950). It used a qualitative and quantitative methodology. It identified numerous communication problems related to the implementation of SCT measures. These problems are related to both a lack of information on the elements of the basket of care offered and the ineffectiveness of the communication approaches used.

Key words : Government communication, Targeted free care, Cote d'Ivoire

Introduction

Au cours de la période 1990-2019, la lutte contre la mortalité infanto-juvénile a fortement régressé à travers le monde dans la mesure où d'importants progrès ont été faits en matière de survie de l'enfant. Ainsi, le taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans a baissé de 59%, c'est-à-dire de 12,6 millions en 1990 à 5,2 millions en 2019 passant de 93 à 38 pour 1000 naissances vivantes. Cela équivaut à (01) enfant sur (11) en 1990, contre (01) enfant sur (27) en 2019. Si à l'échelle mondiale les progrès se sont accélérés en matière de réduction du taux de mortalité des moins de 5 ans, cela n'est pas le cas pour certains pays africains. En Afrique subsaharienne, selon l'OMS (2020) on note un taux encore élevé de 75,8% en 2019, avec (01) enfant sur (13) qui meurt ce qui fait de la mortalité infanto-juvénile un problème majeur de santé en Afrique subsaharienne.

En Côte d'Ivoire, l'état de santé de la population est marqué par un taux de mortalité infanto-juvénile encore élevé. Ce taux est passé de 96‰ en 2016 à 79‰ en 2019 et 74‰ en 2021 (EDSCI, 2021). Cette régression bien que lente pourrait s'expliquer par les différentes initiatives et projets que la Côte d'Ivoire a mis en œuvre avec ses partenaires au cours de ces dernières années et qui militent en faveur de la santé des enfants tels que : les projets de santé financés par le fond français Muskoka²³, le partenariat H6²⁴ financés par les fonds Bill et Melinda Gate et enfin la gratuité ciblée des soins. L'une des initiatives majeures à souligner est l'adoption de la politique de gratuité des soins.

Instaurée en 2011 en Côte d'Ivoire, la gratuité des soins universels est venue à point nommé pour lutter contre la pauvreté et permettre un meilleur accès aux services de santé, notamment aux populations vulnérables. Le pays a franchi le pas à travers l'arrêté ministériel n°001/MSHP/CAB/du16/04/2011 portant exemption de paiement de soins hospitaliers exceptionnels. Cette politique était une « promesse de campagne » d'Alassane Ouattara²⁵.

Au cours de la période 1990-2019, la lutte contre la mortalité infanto-juvénile a fortement régressé à travers le monde, dans la mesure où d'importants progrès ont été faits en matière de survie de l'enfant. Ainsi, le taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans a baissé de 59%, c'est-à-dire de 12,6 millions en 1990 à 5,2 millions en 2019, passant de 93 à 38 pour 1000 naissances vivantes. Cela équivaut à (01) enfant sur (11) en 1990, contre (01) enfant sur (27) en 2019. Si à l'échelle mondiale les progrès se sont accélérés en matière de réduction du taux de mortalité des

²³ Le Fond Français Muskoka : créé à la suite du sommet du G8 tenu à Muskoka au Canada en 2010, la France s'est engagée à fournir une contribution complémentaire totale de 500 millions d'euros jusqu'en 2015, en faveur de la santé des femmes et des enfants, et de la promotion des droits sexuels et reproductifs.

²⁴ Le partenariat H6, mobilise les forces de l'UNFPA, de l'UNICEF, de l'ONU Femmes, de l'OMS, de l'ONUSIDA et du Groupe de la Banque mondiale pour apporter un appui technique et faire progresser la stratégie mondiale Every Woman Every Child en soutien au leadership et à l'action des pays en faveur de la santé des femmes, ...

²⁵ Alassane Ouattara est l'actuel président de la République de Côte d'Ivoire

moins de 5 ans, cela n'est pas le cas pour certains pays africains. En Afrique subsaharienne, selon l'OMS (2020) on note un taux encore élevé de 75,8% en 2019, avec (01) enfant sur (13) qui meurt ce qui fait de la mortalité infanto-juvénile un problème majeur de santé en Afrique subsaharienne.

En Côte d'Ivoire, l'état de santé de la population est marqué par un taux de mortalité infanto-juvénile encore élevé. Ce taux est passé de 96‰ en 2016 à 79‰ en 2019 et 74‰ en 2021 (EDSCI, 2021). Cette régression bien que lente pourrait s'expliquer par les différentes initiatives et projets que la Côte d'Ivoire a mis en œuvre avec ses partenaires au cours de ces dernières années et qui militent en faveur de la santé des enfants tels que : les projets de santé financés par le fond français Muskoka, le partenariat H6 financés par les fonds Bill et Melinda Gate et enfin la gratuité ciblée des soins. L'une des initiatives majeures à souligner est l'adoption de la politique de gratuité des soins.

Instaurée en 2011 en Côte d'Ivoire, la gratuité des soins universels est venue à point nommé pour lutter contre la pauvreté et permettre un meilleur accès aux services de santé, notamment aux populations vulnérables. Le pays a franchi le pas à travers l'arrêté ministériel n°001/MSHP/CAB/du16/04/2011 portant exemption de paiement de soins hospitaliers exceptionnels. Cette politique était une « promesse de campagne » d'Alassane Ouattara.

Ainsi, au sortir de la crise militaro-politique de mars 2011, le gouvernement avait instauré ce programme dans tous les établissements publics. À partir de cette date, la fréquentation des établissements de santé avait fortement augmenté, ce qui avait conduit à un épuisement du personnel et des stocks. Pour cette raison, à partir du 20 février 2012, cette politique de gratuité universelle s'est muée en gratuité ciblée des soins pour les femmes enceintes, les enfants de 0-5 ans et certaines populations vulnérables.

Cette nouvelle réforme devra plus tard selon le gouvernement se muer à la couverture maladie universelle (T. N. Yoman, 2012). Avec un montant alloué au départ de 15 407 318 761 FCFA, la gratuité ciblée des soins présente un large paquet d'intervention. Pour les moins de 0 à 5 ans

spécifiquement, elle concerne les maladies les plus fréquentes que ce soit sur le plan médical que sur le plan chirurgical. Aussi, 667 412 Kits d'accouchements ont été distribués (janvier 2019-juin 2020), 93 341 Kits ont été distribués pour les cas de césariennes (janvier 2019-juin 2020) et 1 957 719 divers produits pour la lutte contre le paludisme grave (janvier 2019-juin 2020) selon le programme social du gouvernement de 2019-2020 (Programme Social du Gouvernement, 2020).

Ainsi, dans le but de réduire le taux de mortalité infanto-juvénile, l'État ivoirien avec le concours de ses partenaires techniques et financiers à élaborer des stratégies financières, communicationnelles et structurelles afin de rendre effective cette politique. Sur le plan communicationnel, plusieurs réunions, notes de service et ateliers ont permis d'informer les acteurs de mise en œuvre (prestataires de soins, journalistes...) sur les actions et activités de mise en œuvre de cette politique. À titre d'exemple, on peut citer l'atelier du 07 décembre 2015 portant amélioration de la santé maternelle et infantile organisé par le ministère de la santé à travers le programme national de santé mère enfant (PNSME) avec l'appui de l'UNICEF ; atelier au cours duquel, les patrons de presse se sont engagés à informer et sensibiliser les populations cibles sur la démarche à suivre pour faire soigner gratuitement les enfants de 0-5 ans (PSGOUV, 2020).

Des ateliers organisés par les réseaux et faîtières de la société civile ont permis d'élaborer des supports de communication sur la gratuité ciblée des soins, dans le traitement du VIH/sida et du paludisme pédiatrique (PSGOUV, 2020). La communication gouvernementale sur l'effectivité de la politique de la gratuité des soins à l'endroit des populations est faite au travers de plusieurs supports et canaux de communication tels que : les mini films ou pad (prêt à être diffusés), les micros-programmes, les spots publicitaires, les annonces sur les chaînes de télévisions ou de radios nationales ; l'affichage urbain ; les prospectus ; les flyers de sensibilisation... Cependant, le constat général est que les messages sur la gratuité des soins des enfants de 0 - 5 ans portent surtout sur le paludisme et ses complications. Il existe très peu de messages sur les autres services pris en compte dans le panier de soin couvert par cette gratuité. Ce qui

conduit à une insuffisance d'informations sur les différents soins ou services inclus dans le panier de soin couvert par cette gratuité à travers les médias de service public. Ignorant le contenu du panier de soins couvert par la gratuité ciblée des soins, certains parents paient systématiquement les soins de leurs enfants auprès d'agents de santé peu scrupuleux. Ces derniers opposent parfois un refus de prise en charge des malades pour des raisons de rupture de stock de médicaments et d'équipements. Ainsi, une étude (L. Cissé et Al, 2016) sur les perceptions de la gratuité ciblée des soins au service de pédiatrie du CHU de Treichville à montrer que 64,5% des usagers a eu un mauvais ressenti de la GCS. En effet, ces usagers n'ont pas été bien sensibilisés par les autorités sanitaires sur le service de GCS. Aussi, 87% des usagers assimilaient la GCS à la seule gratuité des médicaments (N. D. Coulibaly et N. J. Atchoua, 2019). Aussi, souligne Belaid & Ridde (2012) cité par Samb (2014), certains acteurs ont peu compris ou mal interprété le fonctionnement de la politique de la GCS. Ces nombreuses insuffisances communicationnelles restent préjudiciables au bon fonctionnement des services et impactent négativement le taux de fréquentation des services de santé. Ces effets sont observés dans certains districts sanitaires d'Abidjan tels que celui de Koumassi et Port-Bouët Vridi où le nombre total de consultations en 2018 était de 166. 385 contre 181. 860 en 2015 (RASS, 2018).

La persistance de ce problème appelle donc à s'interroger sur l'efficacité de la communication gouvernementale dans la sensibilisation des parents des enfants de 0-5 ans sur la gratuité des soins ciblée. Plus précisément, sur les messages et les outils de communication déployés dans le cadre de cette sensibilisation. L'objectif de l'étude est, donc d'évaluer la communication sur la gratuité ciblée des soins des enfants de 0-5 ans. L'hypothèse de l'étude étant que, le faible taux de fréquentation des centres de santé par les parents des enfants de 0-5 ans s'explique par l'inefficacité de la communication sur la gratuité ciblée des soins.

L'étude s'articule autour de trois grandes parties, à savoir le positionnement théorique et méthodologique, les résultats de l'étude et la discussion des résultats.

1. Positionnement théorique et méthodologique

1.1 Positionnement théorique

Les théories utilisées dans ce travail de recherche s'inscrivent dans le champ de la Communication pour le Développement et précisément dans celui de la Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC). La CCSC est un processus interactif, documenté et planifié qui a pour but de changer les conditions sociales et les comportements individuels. Elle repose sur un modèle détaillé qui examine : les connaissances et les motivations des personnes, les normes sociales/de genre, les compétences et l'environnement.

La communication pour le changement social et comportemental combine avec des stratégies pour le renforcement des compétences et des stratégies pour créer un environnement propice au changement. Elle voit le changement social comme une condition nécessaire pour le changement individuel. Les stratégies principales employées par la CCSC sont : le plaidoyer, la mobilisation sociale et la communication pour le changement de comportement. En général, la CCSC est un processus qui se fait en cinq étapes : la compréhension de la situation (analyse), la définition et conception de la stratégie, la création de l'intervention et des outils, la mise en œuvre et le suivi et l'évaluation et la replanification. (JHU/CCP, 2015).

Cette étude se fonde sur le modèle de la croyance à la santé et la théorie de la communication à deux niveaux (two steps flow of communication). Le modèle des croyances relatives à la santé (HBM) est en lien avec la santé psychologique développé par G. Rosenstock en 1950. Le modèle pose comme prémisse qu'un individu est susceptible de poser des gestes pour prévenir une maladie ou une condition désagréable s'il possède des connaissances minimales en matière de santé et s'il considère la santé comme une dimension d'importance dans sa vie. Il permet d'expliquer les comportements de santé et de prendre en compte le rôle que la connaissance et les perceptions jouent dans la responsabilité personnelle. Selon ce modèle centré sur les perceptions, les attitudes et les comportements, les déterminants de la décision d'agir sont la perception

d'une menace pour la santé et la croyance en l'efficacité de l'action à entreprendre pour réduire cette menace. La perception d'une menace pour la santé est définie par deux croyances spécifiques : l'individu peut d'une part se considérer comme potentiellement vulnérable à une maladie ou à une condition défavorable pertinente, il peut d'autre part percevoir l'apparition éventuelle d'un état désagréable comme dangereux et pouvant entraîner des conséquences sévères sur certains aspects de sa vie. De plus, certaines variables (démographiques, sociopsychologiques) influencent les perceptions de l'individu et certains événements incitant à l'action peuvent éveiller chez lui la perception d'une menace pour sa santé.

En outre, pour effectuer le comportement conséquemment, la plus grande probabilité d'entreprendre l'action recommandée se présente quand la perception de sa vulnérabilité est élevée et que les bénéfices excèdent les barrières de l'action préventive. Utiliser ce modèle dans le cadre de cette étude va permettre de déterminer le degré de connaissance des populations et par ricochet induire un changement qualitatif. En donnant toutes les informations nécessaires sur le contenu du panier du soin gratuit et en relevant les effets positifs de cette mesure, le changement souhaité peut être enclenché et pérennisé. Cette théorie donc va permettre de lever toutes les contraintes sociales liées à la gratuité ciblée des soins et de susciter le changement souhaité.

Quant à la théorie du two steps flow pour Olivier Moch (2012), elle a été développée par Lazarsfeld et Katz en 1955. En effet, elle stipule que contrairement à l'idée reçue pour ce qui est de l'influence du média télé, l'influence vient plutôt des leaders d'opinion ou guides d'opinion ou encore relais d'opinion (1er étage) et des groupes de référence (2ème étage : famille, groupe pair, associations, syndicats, collègue de travail). En remettant en cause le pouvoir des médias, elle propose une vision dite « des médias faibles ». Les informations diffusées par les médias étant d'abord reçues par des leaders d'opinion, ceux-ci les relayant au reste de la population au cours de conversation interpersonnelle. L'influence des masses médias est ainsi effective lorsqu'elle est prise en relais par

les réseaux de communication et d'influence personnelle existant au sein des groupes primaires (famille, petits groupes d'amis ou de collègues).

En effet, les contacts au sein de ces groupes paraissent avoir sensiblement plus d'influence que les masses médias (par exemple à l'égard des intentions de vote). De plus, dans la mesure où les masses médias exercent une influence, celle-ci requiert l'intermédiaire d'individus : les leaders d'opinion qui en vont être à la fois les agents de transmission et les interprètes. Or, ces leaders d'opinion sont de plus gros consommateurs de masses médias que ceux sur lesquels ils exercent une influence, au moins dans le domaine au sein duquel s'exerce cette dernière. D'où la thèse d'un two-step flow, d'un flux à deux paliers de la communication, et, en particulier, de l'influence qui s'exercerait d'abord des masses médias sur les leaders d'opinion, puis de ceux-ci vers ceux qu'ils influencent. Par sa principale caractéristique qui confère un pouvoir aux leaders d'opinion d'inciter la masse, il serait intéressant d'appliquer cette théorie à la stratégie de communication pour l'intensification de la communication pour l'effectivité de la gratuité des soins des enfants de 0-5ans.

1.2 Méthodologie

Une méthodologie mixte axée sur deux approches à savoir la méthode qualitative et quantitative a été mise à contribution dans cette étude. La méthode qualitative est adéquate et applicable à cette étude, car elle permet de comprendre en profondeur le problème étudié, et aussi d'être en possession de bonnes explications. Quant à la méthode quantitative, elle repose sur la description et l'explication des phénomènes au moyen d'indicateurs et d'agréats au niveau de la population.

1.2.1 Milieu, population et échantillon d'étude

Le district sanitaire de Koumassi-Port-Bouët-Vridi représente le terrain de l'étude. Il est situé dans la ville d'Abidjan en Côte d'Ivoire. Il s'étend sur une superficie de 125 Km². Il est limité à l'Ouest par les communes de Treichville et Marcory, à l'Est par la ville de Grand-Bassam. Il est composé des communes de Koumassi et Port-Bouët et a une population globale de 1 505 331 et contre 122 122 pour les moins de cinq ans (PNSME, RASS 2018). Le choix de la zone d'étude se justifie par les

résultats de consultations fournis par l'annuaire statistique sanitaire réalisé en 2018 par la DIIS [La DIIS est la Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire]. En effet, le rapport révèle un faible taux de consultation des enfants de 0-5 ans dans le district sanitaire Koumassi, Port-Bouët Vridi. Le nombre total de consultations en 2018 étaient de 166 385 contre 181 860 en 2015. Ce taux pourrait être lié à une faible connaissance de la politique de la gratuité ciblée des soins des enfants de 0 à 5 ans par les parents et les prestataires de soin dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique. Les parents (mère ou père) ou tuteurs légaux des enfants de 0 à 5 ans fréquentant le centre de santé constituent la population de recherche. Un échantillonnage a été fait dans le but de réduire le coût de la collecte de données sur la population mère en réunissant une information provenant d'un sous-ensemble au lieu de la population entière.

La technique d'échantillonnage utilisée dans ce travail est l'échantillonnage sur place pour des raisons pratiques d'accessibilité. Sa taille est de 150 individus par convenance, en raison de 130 parents, répartis en nombre de vingt-six (26) par centre de santé, indépendamment du sexe, du lieu de résidence, de la catégorie socioprofessionnelle et de vingt (20) professionnels de santé en raison de quatre (4) par centre de santé. Aussi cinq (05) centres de santé dont deux (2) hôpitaux généraux et trois (3) centres de santé urbains du terrain d'étude ont été sélectionnés : l'hôpital général de Koumassi, l'hôpital général de Port Bouët, la formation sanitaire urbaine et communautaire de Grand-Campement (Koumassi), le centre de santé urbain et communautaire de Divo (Koumassi) et l'hôpital municipal de Vridi-Cité (Vridi/Port-Bouët). Nous avons administré le questionnaire à la population d'étude du 15 au 30 juin 2021.

1.2.2 Méthodes d'enquête

Concernant l'enquête qualitative, une analyse de contenu a été retenue. Pour Laurence Bardin (1996), l'analyse de contenu est l'ensemble des communications utilisant des procédures systématiques et objectives des descriptions de contenu, des messages, à obtenir des indications quantitatives ou non permettant l'inférence des connaissances relatives

aux conditions de production. Il s'agit précisément d'une analyse de contenu de textes juridiques et pratiques de la politique de gratuité des soins en Côte d'Ivoire et une analyse de contenu des entretiens réalisés auprès de plusieurs acteurs de la santé. Pour mener cette étude, l'on a opté pour l'entretien semi-directif. Les thèmes abordés avaient été fixés à l'avance, mais l'ordre et la forme de présentation des thèmes étaient libres afin de connaître le point de vue des parties prenantes sur le sujet.

Dans le cadre de ce travail, plusieurs professionnels de la santé ont été interviewés pour connaître leur niveau de connaissance sur la politique de gratuité ciblée des soins des enfants de 0-5ans, sur les moyens de communication utilisés en rapport avec leurs attitudes dans l'effectivité de cette politique dans les districts sanitaires de Koumassi et de Port-Bouët et Vridi. Il s'agit notamment du Directeur du Programme National Mère Enfants (PNSME), des directeurs des districts sanitaires de la commune de Koumassi et de Port-Bouët Vridi et de vingt (20) professionnels de la santé, 3 médecins (pédiatres et généralistes), 17 infirmiers et aides-soignantes. L'étude quantitative était basée sur un questionnaire de 37 questions comportant les rubriques suivantes : les connaissances sur la gratuité ciblée des soins, les attitudes et pratiques des prestataires de soins et les suggestions des enquêtés. Il convient de rappeler que ce questionnaire a été administré au choix, en français ou en langue locale auprès d'un échantillon de cent trente (130) parents ou tuteurs légaux d'enfant de 0 à 05 ans répartie dans le district sanitaire de Koumassi, Port-Bouët et Vridi (en raison de 26 parents par centre de santé).

2. Résultats de l'étude

Les résultats de l'étude s'articulent autour des connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de santé et des parents des enfants de 0-5 ans sur la politique de la GSC, sa procédure de mise en œuvre et sa communication gouvernementale.

2.1 Connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de santé sur la politique de la GSC, sa procédure de mise en œuvre et sa communication gouvernementale

2.1.1 Connaissances des prestataires de santé sur la politique de la GSC, sa procédure de mise en œuvre et sa communication gouvernementale

Informés à travers des circulaires et des réunions de service, les différents médecins rencontrés ont tous une connaissance approfondie de la mesure de gratuité ciblée pour les enfants de 0-5ans. Selon le Directeur du PNSME :

Dans le but d'informer les prestataires de soin et la population sur la mesure de gratuité ciblée des soins, la stratégie de communication s'est faite en quatre (4) étapes: Reproduction en quantité importante et affichage des arrêtés et degrés portant gratuité des différents services de santé dans les formations sanitaires, mairies, conseils régionaux et lieux publiques; Association des différents médias (télévision, radio, presse écrite, presse en ligne) dans les actions de communication pour permettre à la population même les plus reculer d'être constamment informé; Organisation de conférences en lignes pour porter l'information de la gratuité ciblée des soins aux directeurs régionaux et aux directeurs des districts sanitaires; Formation des agents du centre d'appels (ligne verte 143-125) du ministère de la santé sur la question de la GCS.

Le Directeur du district sanitaire de Koumassi va dans le même sens :

La stratégie de communication autour de la GCS est faite à deux (2) niveaux: prestataires de soins et population. Au niveau des prestataires de soins, elle a consisté à les informer via les décrets, arrêtés ministériels, réunions de direction et les publications des médias .

Ainsi, de la cible aux soins offerts, les médecins affirment connaître tous les détails de cette mesure. Parlant des moyens et mécanismes de suivi, deux d'entre eux affirment ne pas les connaître, mais précisent que le suivi qui est fait à leur connaissance se situe au niveau des médicaments reçus par la pharmacie. Contrairement à ceux-ci, les autres agents de soins connaissent l'existence de ces moyens de suivi et trouvent en elles une

bonne manière d'assurer la mise en œuvre de la mesure de gratuité. De même que les médecins, les infirmiers et aides-soignants à 80% affirment avoir été informés sur la mesure de GCS à travers des circulaires, des réunions de service et la télévision. Ils ont tous des connaissances approfondies de la mesure et du paquet d'intervention sauf 20% qui disent en oublier certains détails. Ils affirment avoir été informés via les décrets, arrêtés et circulaires et les réunions de service. En ce qui concerne les mécanismes de suivi, ils affirment tous qu'au ministère il existe une brigade sanitaire, un centre d'appel (ligne verte 143-125) dont l'une des charges est de réceptionner et d'enregistrer toutes les plaintes relatives à la gratuité ciblée des soins et de les transmettre à l'inspection générale de la santé pour une prise en charge.

2.1.2 Attitudes des prestataires de santé sur la politique de la GSC, sa procédure de mise en œuvre et sa communication gouvernementale

Les prestataires de soins n'ont pas tous la même perception de la mesure de la gratuité ciblée des soins. Certains affirment que c'est une bonne initiative qui permet l'accès aux soins des enfants. À ce propos, le Directeur du PNSME affirme que :

La politique de gratuité ciblée des soins a été mise en place pour lever l'obstacle financier lié à l'accès aux soins et faciliter l'accès aux soins aux populations. Elle prend en compte un certain nombre de soins pour la catégorie la plus vulnérable de la population : les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et les enfants de 0-5ans.

Pour d'autres, elle n'est pas effective, au pire elle n'a jamais existé. Concernant leurs attitudes, de manière générale, la gratuité ciblée des soins est perçue comme une bonne initiative qui permet de lever les barrières financières liées à l'accès aux soins. Cependant, ils affirment que sa mise en œuvre demande un surplus de travail provoquant ainsi épuisement et inefficacité au travail. Ils affirment que la mesure de GCS n'est pas bien comprise par les parents en ce sens que ceux-ci ont une faible connaissance sur les soins offerts gratuitement.

Ce déséquilibre informationnel est bien souvent à la base de plusieurs désagréments entre prestataires de soins et parents. Mal comprise par les parents du fait de sa communication limitée, la mesure de GCS n'est pas totalement effective. Et si pour certains, elle demeure une bonne initiative, pour d'autres c'est plutôt un slogan politique qui dans la réalité n'existe que de nom.

2.1.3 Pratiques des prestataires de santé sur la GSC des enfants de 0-5ans

Les médecins confirment avoir les ressources pour rendre effective la mesure de la GCS, mais déplorent les ruptures incessantes de médicaments pris en compte par cette mesure. Parlant de ressource, à l'unanimité, les infirmiers ont répondu ne pas avoir tout le nécessaire pour rendre cette gratuité effective. Le manque de produits médicaux crée bien souvent des incompréhensions entre agents et patients. Ces derniers accusant souvent les premiers de détournements de produits. Pour l'un des infirmiers, la plainte des parents est fondée, il le dit en ces termes :

Lorsqu'on adopte une mesure, il faudrait mettre tout à disposition pour la rendre effective, il faut qu'il ait une communication détaillée pour permettre aux populations de mieux la comprendre et donner tout ce qu'il faut pour la réaliser afin d'éviter les mécontentes patients agents de santé.

2.2 Connaissances attitudes et pratiques des parents des enfants de 0 à 5 ans sur la mesure de la GSC, sa procédure de mise en œuvre et sa communication gouvernementale

Ces résultats portent sur les connaissances, attitudes et pratiques des parents sur la mesure de GCS la mesure de la GSC, sa procédure de mise en œuvre et sa communication gouvernementale.

2.2.1 Connaissance des parents des enfants de 0 à 5 ans sur la mesure de la GSC, sa procédure de mise en œuvre et sa communication gouvernementale

Selon le Directeur du district sanitaire de Port-Bouët et Vridi, « les populations ont reçu l'information sur la GCS à travers la télévision, les affiches, les radios de proximités, les comités de gestion (COGES) et la

sensibilisation de groupe ». Ainsi, 81,5% les enquêtés affirment être informés de l'existence de la GSC, mais disent méconnaître le contenu du paquet de soins. En effet, des 81,5% des enquêtés prétendent connaître la GSC, mais parmi eux, seuls, 4,6% peuvent citer les éléments du panier de soins. De plus, 38,5% de ces 81,5% disent avoir vu ou entendu des messages portant sur cette politique, mais en général les informations reçues n'étaient pas détaillées. Ils justifient cette affirmation par le manque d'informations sur l'ensemble des soins gratuits destinés aux enfants. 18% affirment ne pas comprendre les informations sur la GCS en raison du registre soutenu de langue utilisée. Certains parmi ces 18% prétendent ne pas comprendre la langue française. 35,4% des enquêtés affirment avoir reçu irrégulièrement les messages sur la GCS. Selon 85% des enquêtés la télévision était le canal de réception des messages. Tout comme les services offerts par la gratuité ciblée des soins, les mécanismes de suivi ne sont pas connus des populations. Seulement 15,4% des enquêtés connaissent ces mécanismes.

2.4.2 Attitudes et pratiques des parents des enfants de 0 à 5 ans sur la mesure de la GSC, sa procédure de mise en œuvre et sa communication gouvernementale

Les résultats de l'étude montrent que la politique de gratuité ciblée des soins est bien perçue par les populations. Ainsi, 48,2% des enquêtés trouvent qu'elle permet de faire moins dépenser donc d'économiser. Cependant, les enquêtés déplorent sa mise en œuvre. Les enquêtés estiment sa pratique loin d'être celle prescrite par les autorités à cause des failles liées à son exécution telles que la mauvaise vulgarisation de la mesure et la mauvaise organisation des services de santé.

Concernant les mécanismes de suivi, 8,5% des enquêtés les apprécient positivement, car ils permettent aux populations d'adresser des plaintes relatives aux expériences négatives liées à la gratuité des soins et à tout service de la sphère sanitaire au ministère de la santé. Les autres pessimistes, estiment ces mécanismes inutiles. L'étude a également permis d'évaluer le niveau de satisfaction des parents sur les pratiques des

prestataires de soins concernant la politique de la GSC, sa procédure de mise en œuvre et sa communication gouvernementale.

Il ressort que 52,3% des répondants ne sont pas satisfaits de la mise en œuvre de la mesure de GCS. Les causes avancées sont à 28,9% le mauvais accueil, à 21,1% la lenteur dans le travail, à 15,5% la mauvaise organisation et à 3,1% l'absence de médication gratuit. Parlant d'actes de soins, 86,2% des enquêtés affirment que leurs progénitures ont déjà bénéficié d'au moins un acte de soins gratuit (presque tous affirment qu'il s'agit seulement d'une consultation gratuite) contre 13,8% qui disent n'avoir jamais bénéficié d'acte de soins gratuit. Pour ceux qui en ont bénéficié, 83,6% d'entre eux affirment avoir bénéficié de la gratuité des consultations et seulement 3,0% des médicaments. Aussi, à la question de savoir s'ils avaient déjà été victime de rackette ou de non-respect de la mesure, 54,6% affirment ne pas avoir été victime et 54,6% des répondants disent ne pas savoir vu qu'ils ne connaissent pas les différents éléments du panier de soins offert par la gratuité.

3. Discussion des résultats de l'étude

La politique de gratuité ciblée des soins a été mise en place pour lever l'obstacle financier lié à l'accès aux soins et faciliter l'accès aux soins aux populations. Elle prend en compte un certain nombre de soins pour la catégorie la plus vulnérable de la population : les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et les enfants de 0-5ans.

3.1 Les actions et activités limitées de communication sur la GCS

Dans le but d'informer les prestataires de soin et la population sur la mesure de gratuité ciblée des soins, la stratégie de communication s'est faite en quatre (4) étapes: la reproduction en quantité importante et affichage des arrêtés et degrés portant gratuité des différents services de santé dans les formations sanitaires, mairies, conseils régionaux et lieux publics ; l'association de différents médias (télévision, radio, presse écrite, presse en ligne) dans les actions de communication pour permettre à la population même les plus reculées d'être constamment informé.

Cette action s'est matérialisée d'abord au niveau de la télévision, par un contrat signé avec une chaîne de télévision qui a de l'audience auprès

de populations en général. Ce contrat a permis à la chaîne de faire un reportage juste après la promulgation des décrets sur la politique en question dans les structures sanitaires. Ce reportage est passé en boucle dans les journaux télévisés. De plus, trois (03) émissions ont été diffusées sur la radio Côte d'Ivoire pour mieux informer la population sur la mesure. La presse (écrite et en ligne) a couvert toutes les cérémonies de lancement concernant cette mesure. Les articles sont encore disponibles à ce jour sur les différentes plates-formes. La campagne d'information et de sensibilisation a démarré en juillet 2011 et elle se poursuit toujours. Des conférences en lignes ont été réalisées afin de porter l'information de la gratuité ciblée des soins aux directeurs régionaux et aux directeurs des districts sanitaires du pays. Des réunions et ateliers de formation ont été organisés. Des agents du centre d'appels (ligne verte 143-125) du ministère de la santé sur la question de la GCS ont été formés. Cet ensemble d'actions et de communication a montré pourtant des insuffisances.

3.2 Les impacts de la communication gouvernementale sur le niveau de connaissances des prestataires de soins et des parents des enfants de 0 à 5 ans sur la mesure de la GCS

Nombreuses sont les actions et activités de communication qui ont été menées et diffusées à travers les médias (télévision, presse, radio ...) dans le but d'informer les prestataires de soin et les populations sur la mesure de gratuité. Cependant, si les prestataires de soins en grande partie connaissent clairement le contenu de cette mesure et les moyens de son suivi, les populations quant à elles n'en sont pas toutes informées. Les stratégies mises en place à l'endroit des parents présentent des limites et cela agit considérablement sur leur niveau de connaissance. D. Zongo (2020) fait le même constat au Burkina Faso. Selon lui, les difficultés de mise en œuvre de la politique de la gratuité des soins est entre autres la méconnaissance des cibles et du panier de soins de la mesure de la gratuité chez les bénéficiaires que certains prestataires de soins. Le faible niveau de connaissance de certains prestataires de soins et des parents des enfants de 0-5ans concernant la gratuité ciblée des soins s'explique par l'inadaptation des canaux de communication déployés. L'analyse des

résultats de l'étude va dans le sens de ce dernier chercheur cité, car, les résultats démontrent que 80% des prestataires de soins ont une connaissance approfondie de la mesure de la GCS tandis que 20% semblent l'ignorer.

Contrairement aux prestataires de soins, les parents des enfants de 0 à 5 ans sont en grande partie informés partiellement sur la mesure et ignorent ainsi, le contenu du panier de cette mesure. En effet, les messages qui leur sont destinés ne contiennent aucun détail sur les soins offerts dans le régime de la gratuité. De plus, le choix des canaux et l'élaboration des messages ne prennent pas en comptant les langues locales et le niveau d'instruction des parents. Enfin les messages sur la GCS ne sont pas fréquemment diffusés. Les enquêtés affirment dans leurs propos que, les canaux de communication utilisés pour faire la campagne de communication sur la GCS étaient bien choisis en général, mais, leur choix et pratique dans le cas d'espèce présentait des insuffisances.

Ces insuffisances selon eux seraient dues aux raisons suivantes : l'insuffisance de diffusion des informations sur la GCS (manque de fréquence de diffusion du message : compte tenu de la cherté des productions et diffusions télévisuelles, seulement 03 reportages ont été réalisés et diffusés) ; le faible usage de supports très prisés par les populations urbaines tels que l'affichage et la presse ; le manque de détails sur les actes de soins contenus dans le panier de la GSC ; le niveau soutenu de langue utilisé pour véhiculer l'information (la faiblesse du niveau d'instruction de certains parents des enfants de 0 à 05 ans), la faiblesse de la diffusion du message en langues locales, l'analphabétisme. De plus, compte tenu de la cherté des productions et diffusions télévisuelles, seulement 03 reportages ont été réalisés et diffusés. Ceux qui ont reçu l'information l'ont surtout reçu par le canal de la télévision et les radios de proximité.

Ainsi, malgré tous les moyens utilisés pour communiquer sur la GCS les retours montrent que l'information sur la mesure de la GCS n'est toujours pas parvenue à une frange importante de la population et même quand elle l'est, elle demeure partielle dans la mesure où les informations

communiquées aux populations n'étaient pas détaillées. Les populations ont une faible connaissance de l'ensemble des éléments du panier de la GCS des enfants de 0 à 5.

3.3 La faiblesse de connaissances des parents des enfants de 0 à 5 ans et ses impacts sur la mise en œuvre de la GCS

Il ressort en général des résultats de l'étude que la mesure de la GCS est une mesure salubre qui devrait permettre aux populations cibles d'accéder à certains soins sans déboursier de l'argent. À, ce propos, selon Y. S. Zombré (2006) les politiques de GCS sont mises en œuvre progressivement au cours des dix dernières années en Afrique subsaharienne. Elles visent à réduire les barrières financières en éliminant les frais acquittés au niveau du prestataire de soins. Elles sont aussi de plus en plus utilisées comme stratégies politiques pour lutter contre la pauvreté, promouvoir la recherche de soins et améliorer la santé des populations. Cette mesure de GCS ne semble pourtant pas connaître une bonne exécution et cela en raison d'une insuffisance de communication (N. J. Atchoua et N. D. Coulibaly, 2019). L'insuffisance de communication se présente comme une difficulté majeure dans la mise en œuvre de la politique.

Cette situation entrave ainsi l'atteinte du troisième Objectif de Développement Durable (ODD)[Les Objectifs de développement durable (ODD), également nommés Objectifs mondiaux, ont été adoptés par les Nations Unies en 2015. Ils sont un appel mondial à agir pour éradiquer la pauvreté, protéger la Planète et faire en sorte que tous les êtres humains vivent dans la paix et la prospérité d'ici à 2030. Les 17 ODD sont intégrés - reconnaissant que les interventions dans un domaine affecteront les résultats dans d'autres et que le développement doit équilibrer les aspects sociaux, économiques et environnementaux.] qui est de donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien être à tous les âges.

La mesure de la GCS qui devrait concourir à lever les barrières financières liées à l'accès aux soins et à réduire la mortalité des enfants de 0- 5 ans est mise à mal dans sa mise en œuvre, car, en plus des ruptures de

stock médicamenteuses, plusieurs facteurs communicationnels négatifs semblent nuire à sa mise en œuvre et ainsi, impacter négativement le taux de fréquentation des centres de santé et avoir une incidence sur le taux de mortalité infanto juvénile confirment ainsi, l'hypothèse de départ de l'étude.

Conclusion

En Côte d'Ivoire, la gratuité ciblée des soins est une mesure mise en place dans le but de faciliter l'accès aux soins aux populations vulnérables. Pris en compte par cette mesure, les enfants de 0- 5ans bénéficient d'un large panier de soins dès la consultation à l'hôpital, cela dans l'optique d'améliorer l'accès aux soins et réduire le taux de mortalité infanto juvénile.

Les communications faites autour de cette politique semblent ne pas produire l'effet escompté qui est de vulgariser et faire connaître cette politique et son contenu aux populations. L'étude a fait appel à la théorie du two steps flow of communication (E. Katz et P. Lazarsfeld, 1955) et le modèle des croyances relatives à la santé (HBM) (Rosenstock, 1950). Elle s'est appuyée sur une méthodologie qualitative et quantitative. Elle a permis de déceler les nombreux problèmes de communication liée à la mise en œuvre de la mesure de la GCS.

Ces problèmes sont liés à la fois à un manque d'information sur les éléments du panier des soins offerts et à l'inefficacité des approches communicationnelles utilisées. En effet, les problèmes de conception des messages de sensibilisation à l'endroit des populations ; la faiblesse de la fréquence de diffusion de ceux-ci ; le faible usage des langues locales, l'inadéquation des supports et canaux de communication sont autant de problèmes qui nuisent à la mise en œuvre de cette mesure et impactent négativement la fréquentation des centres de santé.

Au vu des résultats de cette recherche qui dans l'ensemble part d'un déficit informationnel et des pratiques défavorables à l'effectivité de la mesure de gratuité ciblée des soins, il est indispensable de faire des recommandations pour l'amélioration de l'approche communicationnelle de cette politique. La communication sur la santé, nécessite l'usage de

stratégies de communication média, communautaire et interpersonnelle afin d'influencer les comportements individuels et collectifs qui concernent la santé. Dans le processus d'élaboration du message, la prise en compte des différents éléments du panier des soins de la mesure de GCS et du niveau d'instruction des cibles est nécessaire. Concernant le choix des stratégies et canaux de communication, une mixité de stratégies et canaux pourraient avoir plus d'impact : stratégie média (télévision, radio, presse, affichage, cinéma...), communautaire (éducation par le divertissement, causerie de groupe, counseling, mobilisation communautaire, communication sur lieux publics...), interpersonnelle (visite à domicile...) et digitale (usage des réseaux sociaux). Concernant le choix des supports de communication, opter pour des choix adaptés aux parents, surtout aux femmes : mini films, microprogrammes, affiches, boîtes à image... De plus, une intensification de la communication en s'appuyant sur les leaders d'opinion (religieux et communautaires) pourrait aider à la sensibilisation des populations.

Enfin, une action de plaidoyer en direction d'État ne permettrait-elle pas un meilleur suivi des services de santé afin d'éviter les ruptures de stock, de s'assurer que les médicaments sont donnés gratuitement aux cibles et de veiller à l'effectivité de la GCS dans les établissements de santé publics ?

Références bibliographiques

- Banque Mondiale, 2020 : *Taux de mortalité infantile moins de cinq ans (pour 1000)*. Repere le 15 decembre 2020 sur <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.DYN.MORT>.
- BARDIN Laurence., 1996 : *L'analyse de contenu*, Paris : Presses Universitaires de France, 8ème édition.
- CISSE Lassina et al, 2016 : « Evaluation de la satisfaction des patients hospitalisés dans le service de pédiatrie du CHU de Treichville ». *Rev int sc méd -RISM*,18,1, pp. 42-46.
- COULIBALY Nanga Desiré et ATCHOUA Julien Nguessan, 2019 : « Politique de « gratuité » des soins et enjeux de communication pour la

- santé en Côte d'Ivoire ». *Communication en Question*. N° 12 pp. 1 -21.
- KATZ Elihu et LAZARFELD Paul., 1955 : *Influence personnelle. Ce que les gens font des médias*. Paris : Armand Colin/Institut national de l'audiovisuel.
- MOCH Olivier., 2012 : Communication. Repéré le 13 octobre 2024 sur www.oliviermoch.be
- N'DA Paul, 2015 : *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines : Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article*, Paris, l'Harmattan.
- NDIAYE Oumy., 2019 : *Enjeux et perspectives économiques en Afrique francophone : Déterminants sociaux et économiques de la mortalité des enfants de moins cinq ans en Afrique subsaharienne : cas du Sénégal*. Montréal : Actes conférences internationale ; Enjeux et perspectives économiques en Afrique francophone.
- NIKIEMA Edwige et al, 2020 : *Santé maternelle, néonatale et infantile dans un contexte de gratuité des soins : état des lieux et enjeux sanitaires dans les districts sanitaires de baskuy et bogodogo (ouagadougou)*. Espace territoires société et santé, Vol. 3, No. 6, déc 2020, pp. 27-42.
- OMS, 2017 : *Les politiques de « gratuité » : opportunités et risques en marche vers la couverture sanitaire universelle*. Genève : OMS.
- OMS, 2020 : *Enfants : améliorer leur survie et leur bien-être*. Repéré le 13 octobre 2024 sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
- Programme Social du Gouvernement (PSGOUV), 2020 ; *Gratuite ciblée: les kits d'accouchement et de césarienne en quantité suffisante dans les hopitaux de Man*. Repéré le 02 juin sur <https://www.gouv.ci/actualitearticle.php?recordID=15526>

- ROSENSTOCK Irwin, STRECHER Victor, BECKER Marshall Howard, 1988 : *Théorie de l'apprentissage social et modèle de croyance en matière de santé*. Health Educ Q, 15 (2) pp 175-83.
- SAMB Oumar et al, 2014 : *La gratuité des soins et ses effets sociaux : entre renforcement des capacités et du pouvoir d'agir (empowerment) au Burkina Faso*. Thèse de Santé publique, Université de Montréal.
- SAWADOGO Nikiema., 2017 : *Charge de travail du personnel soignant dans un contexte de gratuité des soins : cas du district sanitaire de Bogobogo au Burkina Faso*. Mémoire de master en science infirmière : option management des services de santé, Institut de formation et de recherche interdisciplinaires en santé, Burkina Faso.
- VALERY Ridde, 2012 : *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'ouest : Au-delà des idéologies et des idées reçues*. Presses de l'Université de Montréal. Repéré le 02 juin 2021 sur <http://www.istor.org/stable/j.ctv69t8g0.20>,
- YOMAN Thérèse N'dri, 2012 : *La mesure de la gratuité des soins*. Repéré le 03 juin 2021 sur <https://www.gouv.ci/ministere-une.php?recordID=126>
- ZOMBRE David, 2018 : *La gratuité des soins associée à l'amélioration de la qualité des soins est-elle efficace pour maintenir l'utilisation des services à long terme et améliorer la santé infantile au Burkina Faso ?* Thèse Santé publique, Université de Montréal.
- ZONGO Daouda., 2020 : *Gratuité des soins pour les enfants de -5 ans et les femmes enceintes : Juguler les insuffisances pour une mise en œuvre efficace de la mesure*. Repéré le 20 novembre 2022 sur <https://www.wakatsera.com/gratuite-des-soins-pour-les-enfants-de-5-ans-et-les-femmes-enceintes-juguler-les-in>