

CONTRÔLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ CHEZ LES ENSEIGNANTS IVOIRIENS : CAS DES LYCÉES GARÇONS DE BINGERVILLE ET GADIE PIERRE DE YOPOUGON.

KAMBO Kouablé Boris

Docteur en sociologie de la santé

*Université Félix Houphouët-Boigny (UFHB), Laboratoire d'Études et de
Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales (LERISS)*

boris.kambo1@gmail.com

N'GUESSAN Manouan

Docteur en sociologie de la santé

*Institut National de la Jeunesse et des Sports (INJS), Laboratoire d'Études et de
Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales (LERISS)*

nguessanmanouan@yahoo.fr

EKOUN Ahou Épiphanie

Doctorante en Sociologie

*Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan-Cocody (UFHB), Laboratoire
d'Études et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales (LERISS).*

epiphaniekoun@gmail.com

Résumé

Les conditions périlleuses et risquées de travail des fonctionnaires ivoiriens renvoient à des réalités socio-sanitaires différentes selon les catégories sociales et les types de métier. Par exemple, les conditions de travail et le mode de vie des enseignants sont plus à risques que chez les fonctionnaires ordinaires. En effet, les facteurs déterminants tels : le nombre pléthorique d'élèves dans les salles de classes, la caducité des outils pédagogiques et les habitudes alimentaires qui sont majoritairement axées sur la satisfaction des sens que sur les besoins du corps humain constituent des menaces sanitaires. En plus, les dépenses de santé ont une utilité économique dans la mesure où la maladie a des effets négatifs sur la collectivité (diminution ou arrêt de la production des membres actifs et des organisations familiales, modification de la structure de la consommation du malade ; diminution de l'acquisition et réduction des perspectives de production futur). Par ailleurs, l'accroissement du coût des soins curatifs pourrait impliquer aux acteurs une rationalisation et un contrôle des dépenses de santé. D'où l'importance des stratégies de prévention sanitaire dans les habitudes quotidiennes. L'article explore les perceptions et attitudes des enseignants face au bilan de santé (BS). À l'aide d'une approche mixte ; des entretiens semi-directifs et l'administration du questionnaire ont été menés auprès d'un échantillon de cent huit (108) participants. L'analyse faite des informations recueillies sur le terrain montre que les conditions socio-économiques, d'une part, et la couverture de la sécurité sociale d'autre part, influencent les représentations sociales que les participants se font du contrôle de l'état de santé.

***Mots clés :** Bilan de santé, Conditions de vie, enseignants, perception, santé*

Summary

The perilous and risky working conditions of Ivorian civil servants reflect different socio-health realities depending on the different social categories and types of profession. Thus, working conditions and lifestyle in urban areas pose threats to the health of teachers. Indeed, the determining factors such as : the plethora of students in classrooms, the obsolescence of educational tools and eating habits which are mainly focused on satisfying the senses rather than on the needs of the human body constitute health threats. In addition, health expenditure has an economic utility to the extent that the illness has negative effects on the community (reduction or cessation of production of active members and family organizations, modification of the structure of the patient's consumption; reduction acquisition and reduction of future production prospects). Furthermore, the increase in the cost of curative care could require stakeholders to rationalize and control health spending. Hence the importance of health prevention strategies in daily habits. The article explores teachers' perceptions and attitudes towards the health check (BS). Using a mixed approach; Semi-structured interviews and the administration of the questionnaire were conducted with a sample of one hundred and eight (108) participants. The analysis of the information collected in the field shows that socio-economic conditions, on the one hand, and social security coverage on the other hand, influence the social representations that participants have of state control. health.

Keywords : Health check, Living conditions, teachers, perception, health

Introduction

L'état de santé de la population ivoirienne est caractérisé par un taux élevé de morbidité et mortalité. Les épidémies naguère éradiquées ont refait surface. Ainsi, les méningites purulentes, la rougeole et la fièvre jaune continuent d'être des menaces constantes sur l'état de santé de la population (RASS, 2020). Une telle configuration de la situation sanitaire du pays nécessite de savoir que pour vivre sainement, se soigner en cas de pathologie et prendre des décisions dans le domaine de la santé, il est crucial de disposer d'un minimum de conscience sanitaire. Par ailleurs, les conditions périlleuses et risquées de travail des fonctionnaires ivoiriens renvoient à des réalités socio-sanitaires qui varient avec les catégories sociales et les corps de métier. Ainsi, les conditions de travail et le mode de vie (urbain) des enseignants constituent des menaces pour leur santé. En effet, les facteurs déterminants de ces menaces sont entre autres : le nombre pléthorique d'élèves dans les salles de classes, la caducité des outils pédagogiques et les habitudes alimentaires qui sont davantage axées sur la satisfaction des sens que sur les besoins du corps humain.

Aussi, face aux nombreux risques qui constituent des menaces sur la santé des enseignants, il est impérieux de prendre des mesures préventives pour éviter, non seulement les pathologies, mais aussi les accidents et les maladies professionnelles afin de créer des conditions de

travail favorisant la santé et la sécurité chez les enseignants. Ainsi, entre autres mesures préventives, le bilan de santé pourrait être un palliatif aux problèmes de santé des enseignants par la limitation des risques en vue d'améliorer leurs états de santé. Le bilan de santé est un ensemble d'examens (cliniques, radiologiques, buccodentaires, auditifs...) permettant de faire le point de son état de santé à un moment précis. Cependant, les coûts des examens médicaux qui constituent le bilan de santé sont le plus souvent élevés et variés selon les laboratoires d'analyse (privé ou public) si bien qu'une sécurité sociale viable et efficace pourrait engendrer un pan des mesures de prévention des problèmes de santé des enseignants. En l'occurrence, la prise en charge des examens médicaux au moyen d'assurances maladies. La Côte d'Ivoire entreprend en outre, des mesures en vue de redynamiser son système de santé. Le gouvernement a mis en œuvre depuis plusieurs années une politique de gratuité ciblée de soins sanitaires en faveur des femmes enceintes et des enfants âgés de moins de cinq (-5) ans. De plus, il a introduit un dispositif de Couverture Maladie Universelle (CMU).

Toutefois, certains bénéficiaires de soins payent directement les prestations ou par le moyen d'un système d'assurance, de mutualisation ou de financement communautaire. Cependant, pour les travailleurs du secteur public, la Caisse Générale de Retraite des Agents de l'Etat (CGRAE) est un élément du dispositif de prise en charge de la santé. Mais c'est surtout la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire (MUGEF-CI) qui en est la clé de voûte ; elle compose une assurance complémentaire obligatoire. En plus, il est institué chaque année au sein des établissements secondaires publics, des campagnes de sensibilisation, des dépistages ciblés organisés conjointement par la Direction de la Mutualité et des Œuvres Sociales en milieu Scolaire (DMOSS) et les infirmeries des différents lycées. C'est pourquoi, le bilan de santé qui permet de lutter préventivement contre la maladie pourrait être une mesure efficace parmi tant d'autres pour améliorer l'état de santé. Néanmoins, il n'est pas gratuit pour les enseignants et aucune politique de sécurité sociale ne prévoit sa gratuité en Côte d'Ivoire. On note en revanche que les enseignants ont un avantage théorique : la possibilité de souscrire à de type public et privé de sécurité sociale, en l'occurrence les assurances maladies. Mais, la réalité est toute autre car, 59,45% des enseignants interrogés affirment n'avoir jamais fait de bilan de santé. Aussi, parmi ceux qui déclarent l'avoir fait

au moins une fois, ne l'ont pas fait de façon volontaire, c'est-à-dire pour la plupart à la suite d'une consultation médicale.

C'est au regard de ce contexte de faible niveau de conscience sanitaire que le présent article s'interroge sur les représentations que les enseignants se font du bilan de santé. Notre étude se propose en effet d'évaluer d'abord la perception des enseignants à l'égard du bilan de santé, ensuite de déterminer les obstacles liés à la réalisation du bilan de santé chez les enseignants du secondaire et enfin, de proposer des mesures favorables à l'intégration du bilan de santé dans les habitudes sanitaires des enseignants.

I. Méthodologie

L'étude s'est déroulée au Lycée Gadié Pierre I et II ainsi qu'au Lycée Garçon de Bingerville, tous situés dans le grand Abidjan. Les données ont été collectées pendant dix (10) jours en avril 2022. Par ailleurs, il a été mobilisé une approche qualitative descriptive à l'aide d'entrevues individuelles semi-directives auprès de quatre (04) catégories d'acteurs directs : les responsables du service conseil de santé de la DMOSS, les responsables de l'administration des deux lycées, les assistants sociaux en service dans les lycées et les infirmiers des Lycées (Paillé et Mucchielli, 2008 ; N'da, 2012).

Tableau 1 : *Synthèse des entretiens individuels*

Statuts des participants	Lycée Pierre Gadié I et II	Lycée Garçon de Bingerville
Responsable de l'administration	3	3
Assistants sociaux	2	2
Infirmiers des lycées	1	1
Service conseil santé de DMOSS	1	
Total entretiens	13	

Source : Enquête de terrain, 2022

De plus, la collecte des informations a été réalisée auprès d'une population de 102 enseignants à l'aide d'un questionnaire avec des questions à 3 niveaux (très important, important, pas important) (Colin, 1990 ; N'Da, 2012). Cet échantillon a été défini comme étant l'ensemble des enseignants du secondaire qui ont accepté de répondre à notre questionnaire. La méthode d'échantillonnage stratifiée a été adoptée

(Dufour et Larivière, 2012). Car, les enquêtés étaient libre de répondre ou pas au questionnaire selon leur consentement.

Précisons que, pour mener l'étude, nous avons recouru à un cadre théorique qui repose sur la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991) et celle de la conscience sanitaire (Dedy, 2016). La théorie du comportement planifié considère que l'engagement volontaire de faire un contrôle de santé est lié à la formulation d'une intention. Cette intention est elle-même déterminée par les attitudes de la personne vis-à-vis de ce comportement, définies par ses croyances par rapport aux conséquences du comportement en question. De même, cette intention est alimentée par les normes subjectives de l'acteur, définies par ses croyances relatives à ce que pensent les personnes importantes (les parents, les pairs) de ce comportement, de son utilité ou de sa pertinence (Ajzen, Op.cit.).

Quant à la conscience sanitaire, il faut entendre comme étant l'estime et le souci de soi qui se manifestent dans le rapport de l'être humain à sa santé. Elle constitue un déterminant majeur de longévité. En effet, l'individu conscient de l'importance de son capital santé réunit les ressources de son milieu social dans le but de le préserver. Elle se manifeste à travers des comportements ou conduites plus ou moins à risque (Dedy, Op.cit.). Ces conduites à risque qui s'observent à travers le monde, concernent presque tous les aspects de la vie individuelle et collective. Le faible niveau de conscience sanitaire est lié au faible niveau de culture savante, la prédominance des savoirs populaires. C'est ce savoir populaire qui conditionne plus ou moins l'attitude et les comportements des individus à l'égard de la maladie et tout particulièrement, à l'égard des stratégies de prévention dont le bilan de santé.

La méthode dialectique a permis d'appréhender et d'expliquer les logiques sociales à l'œuvre dans le phénomène du refus du bilan de santé chez les enseignants du secondaire rencontrés. Ainsi, à la lumière des données quantitatives et de la méthode d'analyse de contenu des entretiens semi-directifs, les résultats ci-dessous ont été dégagés.

II. Résultats

II.1. Sexe, âge et niveau d'instruction : trois éléments identificateurs des enquêtés

Se rendre chez le médecin (quel que soit l'âge) en étant apparemment en bonne santé n'est pas une démarche évidente. Pourtant, c'est un atout pour préserver sa capitale santé. Les bilans de santé permettent de faire le point, de temps en temps, sur son état physique et de rectifier le cas échéant, quelques-unes de nos habitudes, voire de mettre en place un traitement (Moore *et al.*, 2007). En passant en revue la question du genre des enseignants interrogés, les statistiques montrent que la supériorité absolue estimée à 71% des acteurs est de sexe masculin, contre 29% de sexe féminin. La prédominance du sexe masculin s'explique au travers du taux de scolarisation des filles qui était faible jusqu'aux quatre ou cinq dernières décennies. Le travail relatif à la connaissance intellectuelle était considéré comme le seul apanage des hommes tandis que la femme était réservée pour le foyer. Les parents jugeaient essentiel de garder la fille pour le mariage au détriment de sa scolarisation. Cependant, les acteurs sociaux interrogés ont l'âge compris entre 20 et 59 ans. Cela se traduit par l'intervalle d'âge admis à la fonction publique. De plus, la majorité qui s'inscrit dans l'intervalle 30 et 39 ans est le fait qu'en Côte d'Ivoire-selon la pyramide des âges issue du recensement de la population de 2014 par l'Institut National des Statistiques (INS)-la population est majoritairement jeune. Cette réalité sociale touche par conséquent, tous les secteurs d'activité du pays.

Au niveau de la situation matrimoniale des participants, l'analyse des données indique que la majorité relative (41,2%) des acteurs est en union libre. Ensuite, les 29% vivent en concubinage et 21% des participants sont mariés. Enfin, les divorcés et les veufs se partagent une faible part. Il ressort qu'en dépit des prérogatives liées au mariage pour les fonctionnaires, (en matière de santé et du revenu), qui encouragent le mariage légal, certains enseignants restent indifférents. Cela se traduit par le fait que la majorité des acteurs sociaux est jeune. Généralement dans les sociétés actuelles, en dehors de certaines confessions religieuses qui exigent le mariage avant toutes relations sexuelles, l'union libre est fréquente. Ainsi, le mariage peut avoir lieu après une longue vie de concubinage. Faisons remarquer que ce qui est privilégié dans les relations, c'est la compensation matrimoniale qui, malheureusement, ne confère pas un statut légal au couple.

II.2. Nombre de personnes à charge, ancienneté et revenu des enquêtés : trois variables essentielles dans l'acceptation de faire un bilan de santé

Les variables telles que le nombre de personnes à charge, l'ancienneté et le revenu des enquêtés, peuvent influencer l'envie de réaliser un BS. Dans le cadre de l'étude, les résultats indiquent que la majorité (57,8%) des enseignants ont, entre 1 et 5 personnes à charge. Lorsqu'on croise cette variable avec le nombre d'enfants propre aux enquêtés on constate que la plupart des participants (38,6%) affirment avoir à charge des membres de la famille étendue hormis leurs enfants propre. Cela traduit la réalité sociale dans les familles en Afrique. En effet, les charges des personnes en fonction en Afrique ne se limitent pas uniquement à sa famille nucléaire, elles s'étendent à la famille élargie, pour autant qu'on constate la promiscuité chez presque tous les enseignants du secondaire : en plus de leurs progénitures, ils ont l'obligation sociale de recevoir les autres parents de la famille élargie. Ce qui alourdit, leurs charges et limite par conséquent leur pouvoir d'achat. Ceci met en difficulté les acteurs sociaux dans la satisfaction des besoins sanitaires dont le contrôle de l'état de santé. Par ailleurs, l'observation des données indique que la prédominance absolue (52%) des acteurs a plus de 10 ans d'activité professionnelle. Ceci est cependant, un facteur privilégié pour rendre compte des réalités sociales liées à leur corps de métier. Les acteurs interrogés présentent le profil, tant au niveau économique que social, pour s'imprégner véritablement des réalités du bilan de santé dans la conservation de leur santé. Le contrôle de santé en tant que pratique préventive, serait l'un des actes pour parer éventuellement des problèmes de santé qu'engendrerait l'utilisation de la craie dont la majorité des enseignants reconnaissent la nocivité.

Les résultats relatifs au revenu permettent de constater que 77,5% n'a que le salaire comme revenu. Il constitue cependant, le principal revenu des enseignants interrogés. Le salaire des enseignants du secondaire est compris en Côte d'Ivoire entre 250.000 FCFA et 350.000 FCFA. Et le coût moyen d'un bilan de santé normal adapté à un enseignant est de 55.000 FCFA. En dehors des dépenses de santé préventive, les enseignants du secondaire ont d'autres charges fondamentales à savoir : le logement, l'éducation des enfants, les dépenses pour le ménage, etc. Ainsi, ces acteurs dont le salaire constitue l'unique source de revenu déclarent généralement que leur état de santé n'est pas satisfaisant par

rapport aux personnes de leur classe d'âge à cause des dépenses complémentaires citées précédemment. Cette configuration influence naturellement sur leurs attitudes et comportements à l'égard du bilan de santé. Puisque, le coût de la vie en général et celui de la santé en particulier ne cesse de croître. Par conséquent, l'intégration du bilan de santé dans leurs habitudes sanitaires dépendra de leur niveau de conscience sanitaire.

II.3. Evaluation de la perception du bilan de santé par les enseignants

II.3.1. Définition du bilan de santé

L'observation des données recueillies relativement à la définition du bilan de santé indique qu'un nombre important soit 23,86% sans réponse face à la question « *qu'est-ce que le bilan de santé selon vous ?* ». Cela sous-entend qu'ils ne savent pas exactement ce que c'est qu'un bilan de santé. Par ailleurs, la majorité des enseignants interrogés a donné une définition acceptable du phénomène social étudié (renseignement global sur mon état de santé (8,82%), contrôle de mon état de santé (29,41%), ensemble d'examens et d'analyses liés à mon état de santé (37,90%)). Cela paraît plus évident en raison de leur niveau d'instruction universitaire et surtout du fait de la fonction d'enseignant qui leur impose une double responsabilité : la socialisation et la formation. Par ailleurs, le bilan de santé est défini par le médecin EK_DMOSS comme « *l'ensemble des examens médicaux pratiqués systématiquement, occasionnellement ou à intervalles réguliers sur une personne apparemment saine ou malade et dont le résultat permet d'évaluer l'état et le fonctionnement de ses organes.* »

A la suite du médecin, l'enseignant MM_34 définit le bilan de santé en ces termes :

« En complément du suivi médical par mon médecin traitant, ce bilan permet de faire le point sur mon état de santé, pour mieux gérer mon capital santé, le tout en un lieu unique et en un temps réduit ! Aussi, le contenu des examens est adapté en fonction de mon âge, de mon sexe, de mes antécédents familiaux, ainsi que des facteurs de risque liés à mon environnement social et professionnel et à mes habitudes de vie. »

Contrairement aux précédents, l'enquête DS_76 donne la liste des examens susceptibles de ressortir lors du bilan de santé :

« En fonction de mes besoins, je peux bénéficier par exemple : d'un examen sanguin, d'une analyse d'urine, d'une biométrie (poids / taille), d'une mesure de ma tension artérielle, d'un bilan de mes vaccinations, d'un bilan alimentaire, d'un contrôle de la vision et de l'audition. Je peux également bénéficier d'examens complémentaires : exploration de la fonction

respiratoire, électrocardiogramme, examen bucco-dentaire, prise en charge pour une mammographie ou un frottis. »

Comme nous le voyons dans ces définitions proposées par les participants, le bilan de santé n'est pas réservé aux patients en bonne santé. En effet, étant à la fois formateur et éducateur, les enseignants du secondaire restent les principaux modèles pour les élèves dans le processus de socialisation. Contrairement à l'ensemble de la population de la ville d'Abidjan, ils présentent un profil idéal pour contribuer aux différents niveaux de prévention à travers l'éducation et la conscientisation de la société.

Comme on peut le constater 33,14% des participants déclarent avoir fait le bilan de santé. Cela veut dire que les acteurs ne sont pas totalement hostiles à la pratique du bilan de santé. Selon les propos du médecin de la Direction de la Mutualité des Œuvres Sociales en milieu Scolaire (DMOSS), les examens médicaux conseillés aux enseignants sont composés comme suit :

- radio pulmonaire face à cause de la poudre de craie ;
- radio pulmonaire face avec une télé cœur pour mesurer le volume du cœur à cause du stress ;
- taux de glycémie ;
- tension artérielle ;
- examens pour explorer le rein ;
- taux de cholestérol pour voir le taux de graisse, etc.

Le bilan de santé varie d'un enseignant à un autre car les médecins tiennent compte de certaines réalités. Pendant le moment d'échanges avec le patient, il peut aborder, en toute confidentialité, les sujets qui préoccupent celui-ci notamment la consommation ou non de l'alcool, du tabac, l'hérédité, le sommeil, les antécédents dans leur vie, etc. En tout état de cause, le bilan de santé trouve sa justification dans la demande elle-même du patient.

Tableau 2 : *Rôle du bilan de santé selon l'enseignant*

Rôle du bilan de santé chez l'enseignant	Citations	Fréquence
Diagnostic d'une pathologie	47	43,67%
Prévention d'une pathologie	40	35,23%
Contrôle de l'état de santé	78	86,48%
Total Observation	102	100%

Source : Enquête de terrain, 2022

Les données collectées relatives au rôle du bilan de santé chez les enseignants indiquent que 86,48% pense que le bilan de santé a pour rôle de contrôler l'état de santé. De plus, une proportion de la population (43,67%) estime par ailleurs, que son rôle est aussi le diagnostic d'une pathologie. Enfin, la dernière frange des acteurs sociaux enquêtés (35,23%) assure que son rôle est la prévention d'une pathologie. Toutes ces réponses sont dans le contexte puisque le bilan de santé recouvre tous ces aspects. Cela suggère que les enseignants sont certes renseignés sur le phénomène, mais qu'ils n'en ont pas la maîtrise. En effet, le bilan de santé répond aux exigences thérapeutiques préventives qu'à celle d'ordre curative. Il se situe donc à tous les niveaux de la médecine (médecine préventive et médecine curative). Par ailleurs, faire le bilan de santé de façon délibérée s'inscrit dans le cadre de la prévention sanitaire. Si la majorité estime que son rôle essentiel est de contrôler l'état de santé, cela traduit que les acteurs le représentent alors comme une pratique préventive. Ainsi, les interventions préventives pour certains cas de maladie incluent le counseling des patients pour les amener à modifier les facteurs de risque et le dépistage pour découvrir les lésions de la pathologie à un stade initial.

Cependant, (83,6%) définit le contrôle de santé en tant qu'un moyen de prévention qui doit se pratiquer volontairement. Ensuite, une infime partie (16,4%) estime qu'il peut être aussi conseillé ou demandé par un médecin en vue de vérifier un soupçon lors d'une consultation. Cela signifie que le bilan de santé est perçu comme une pratique préventive. Toutefois, il n'en demeure pas moins une pratique curative. En effet, il peut être recommandé par un médecin en vue de vérifier un soupçon pendant le diagnostic. En outre, il peut être demandé en cas de maladie pour avoir plus de précision sur l'état de santé du patient.

En réponse à la question de savoir quels sont les facteurs motivant la réalisation d'un bilan de santé, il ressort de l'observation des résultats que les principaux facteurs motivant la réalisation du bilan de santé chez les acteurs sont entre autres l'âge, le revenu et l'ancienneté. Toutefois, la prédominance revient à la proportion concernant l'âge (78,27%). Cette situation s'explique par le fait qu'il y a des pathologies rattachées à l'âge. L'âge est donc une composante déterminante dans le processus de demande des soins de santé. A partir des données de l'étude, il ressort que les personnes réticentes au bilan de santé ont généralement entre 32 et 50 ans et sont majoritairement des hommes. Nombre d'entre eux ont en effet moins de contacts avec le corps médical, alors que la plupart des femmes sont suivies régulièrement, notamment par leur gynécologue.

De ce qui précède, nous pouvons soutenir qu'il existe une interaction entre le sexe, l'âge, l'ancienneté et le revenu dans le recours aux soins. Partant, les symptômes des pathologies liées à l'enseignement, s'extériorisent après une longue expérience professionnelle. En outre, il faut un minimum de moyen financier pour faire face aux dépenses de santé comme le soulignent les propos de l'enquête BS_09 :

« Aujourd'hui en Côte d'Ivoire, pour un problème de santé ; il faut avoir au minimum 30.000 Fcfa. Ayant cette somme, tu es sûre que tu pourras assurer un premier niveau de soin ou payer les premiers ordonnances que le médecin va te donner. Tu sais, le corps médical d'aujourd'hui a tendance à dire sans l'argent pas de soin ou petit l'argent petit soin. C'est cette réalité que nous vivons au quotidien qui fait que nous ne pouvons pas réaliser des examens médicaux. »

En révisant l'argumentaire du participant, on note que les acteurs perçoivent le bilan de santé comme un phénomène destiné aux ménages nantis. Il se réserve de le pratiquer volontairement à titre préventif à cause des faiblesses dans la prise en charge des dépenses de santé. Cela les entraîne par conséquent, à la pratique d'autres techniques de prévention telles que : le sport, l'hygiène de vie, l'alimentation saine, le repos, le recours à des mécanismes préventifs traditionnels etc.

II.3.2. Rôle de la situation socio-économique dans la réalisation d'un bilan de santé

L'analyse des données relatives au rôle de la situation socio-économique dans la réalisation d'un contrôle de l'état de santé révèle que, 58,27% des enseignants interrogés estiment que leur situation socio-économique n'est pas un obstacle pour faire volontairement un bilan de santé. Cela

est dû à l'importance qu'ils accordent à la santé dans le budget familial en tenant compte du fait que la santé n'a pas de prix. C'est ce qu'il ressort des dits de l'enquête AK_34 : « *C'est vrai, la santé n'a pas de prix comme les gens le disent mais de nos jours ; il faut de l'argent pour pouvoir recouvrir son état de santé en cas de maladie. Et, souvent il faut une somme très élevée pour assurer les dépenses liées son état de santé.* »

A la suite de cet enquête, la participante ZP_12, renchérit :

« Peut-être que mes confrères l'ont déjà dit. Ici, c'est difficile d'assurer les dépenses du ménage et d'avoir un reste à vivre pour régler les frais médicaux. Souvent, après les dépenses de la maison, toi-même tu n'as plus transport pour aller au travail. Donc ce n'est pas l'argent pour assurer certaines dépenses de santé préventive que tu auras. Sincèrement c'est très difficile de pouvoir faire cela. Aussi, nos assurances ne nous aident pas énormément. »

De ce qui précède, 41,73% des enquêtés soutiennent que les moyens financiers constituent l'un des obstacles à la réalisation du bilan de santé. En effet, selon les participants, le bilan de santé, dans les pays du tiers monde en général et en Côte Ivoire en particulier, a un coût et il n'est donc pas gratuit pour les fonctionnaires. Ainsi, la situation socio-économique demeure un facteur déterminant dans les représentations sociales liées à la réalisation du bilan de santé. Puisque, les frais des examens médicaux pourraient constituer des charges supplémentaires dans les dépenses de santé des acteurs interrogés. Cependant, la majorité absolue (94%), ne sont pas hostiles au bilan de santé. Cela s'explique par leur statut social (niveau d'instruction et la fonction de l'enseignement), facteur favorisant l'augmentation de leur champ de connaissance sur le phénomène. Cette configuration, non seulement, traduit la confiance tant technique que thérapeutique que les acteurs placent dans du bilan de santé mais aussi elle indique que le phénomène est normal.

Au niveau de l'état d'esprit des enseignants dès proposition de faire un bilan de santé 48,25% sont inquiète contre 25,6% qui sont motivés. En effet, cette réalité se justifie par le fait que la relation entre leur situation socio-économique et les déterminants des soins de santé (coût des soins et le revenu des consommateurs...) est déterminante dans la demande des soins de santé. Lorsque le bilan de santé est demandé par un médecin alors il rentre dans le cadre de soins de type curatif qui sont plus coûteux. De plus, l'inquiétude provient pour la plupart des déterminants économiques, de la possibilité de détecter une pathologie incurable

susceptible d'engendrer des dépenses excessives. La motivation quant à elle, provient de ceux qui ont une connaissance développée sur l'importance du bilan de santé dans la préservation de l'état de santé. Ensuite, qui sont convaincus qu'il n'existe quasiment pas de maladie incurable. Mais il existe toujours des traitements pour freiner l'évolution de ce mal. En un mot, la motivation provient d'une conscience sanitaire élevée chez l'acteur social enquêté.

II.4. Exigences et difficultés pour faire un bilan de santé

II.4.1. Exigences du bilan de santé

Au niveau des exigences pour faire un bilan de santé, l'observation des données fait remarquer essentiellement : une augmentation du revenu et un niveau de connaissance du bilan de santé. Cela s'explique par le fait que le bilan de santé n'est pas gratuit en Côte d'Ivoire. Ainsi, il impacte la contribution des ménages dans les dépenses des besoins de santé. La faiblesse, voire l'inexistence d'une sécurité sociale digne de ce nom pour les enseignants explique en partie cet état de fait. Par-dessus tout, la connaissance du phénomène est déterminante dans leurs représentations sociales car elle est fonction du niveau d'information sur le phénomène ainsi que du niveau d'instruction de l'acteur social. Par conséquent, l'appréciation du bilan de santé se fait selon que l'enseignant ait une bonne ou mauvaise connaissance sur celui-ci.

Au niveau de l'apport de la MUGEF-CI dans la réalisation du bilan de santé, les participants soutiennent que le régime de base obligatoire de la MUGEF-CI ne contribue que partiellement dans les problèmes de santé des enseignants (*voir tableau 3*). Cela traduit la faiblesse de la politique de sécurité sociale au niveau de la branche des prestations sanitaire de l'Etat. Les prestations de la MUGEF-CI au niveau des soins de santé couvrent 70% des produits pharmaceutiques. Cette assurance ne couvre pas les frais des examens médicaux. En plus, toutes les pharmacies ne sont pas agréées par la structure et encore moins, tous les médecins ne sont pas agréés à signer les carnets de bons des bénéficiaires. Partant, cela suscite non seulement, les problèmes d'accessibilité aux soins, mais aussi le problème de couverture médicale. La couverture médicale de la MUGEF-CI est moindre eu égard aux besoins de santé des acteurs sociaux. Cette faiblesse de la structure au niveau organisationnel et fonctionnel influe significativement sur les comportements et attitudes des acteurs.

Tableau 3 : *Apport de la MUGEF-CI dans la réalisation du bilan de santé*

Apport de la MUGEF-CI	Citations	Fréquence
Prise en charge totale des soins de santé	11	10,8%
Prise en charge partielle des soins de santé	70	68,62%
Pas de prise en charge	21	20,58%
Total Observation	102	100%

Source : Enquête de terrain, 2022

Par ailleurs, en répondant à la question de savoir : *quel est l'apport des structures sanitaires publiques dans la réalisation du contrôle de l'état de santé ?* Les enquêtés indiquent, dans leur quasi-totalité (80,68%) qu'il n'y a aucune action, tant au niveau étatique qu'au niveau de la tutelle (Ministère de l'Education Nationale (MEN)), susceptible d'enclencher, chez les enseignants, un engouement pour réaliser volontairement un bilan de santé. Cela se traduit par la caducité du système de sécurité sociale au niveau de la branche des prestations sanitaires pour les fonctionnaires. En effet, la MUGEF-CI qui est une assurance sanitaire pour les fonctionnaires est marquée par des insuffisances dans la couverture médicale des acteurs. Au niveau de la tutelle, c'est la DMOSS qui, en principe, est la structure chargée des problèmes socio-sanitaires des acteurs sociaux. Mais elle n'assume pas avec efficacité, aux dires des enseignants interrogés, à cause des problèmes de financement. Cette configuration contribuera en définitive, à la marginalisation du bilan de santé par les acteurs dans les habitudes sanitaires.

II.4.2. Obstacles dans la réalisation du bilan de sante

Au niveau des éléments identificateurs des participants, l'âge et le sexe sont joints avec le renoncement à la réalisation du bilan de santé. Lors de l'analyse des données, il ressort que les femmes déclarent plus souvent renoncer au BS pour des raisons financières que les hommes. Cet écart persiste quel que soit le type de soins concerné de façon générale, et reste constant au cours de la vie. Pourtant, en ce qui concerne les soins dentaires et optiques, il n'y a pas de différences physiologiques objectives pouvant expliquer ces écarts entre hommes et femmes. Les raisons sont plutôt à rechercher du côté de l'état de santé subjectif : à état de santé comparable, les femmes tendent à s'estimer, par rapport aux hommes, en plus mauvais état de santé. Ce qui traduit des différences d'attention

au corps. De la même manière, les différences de renoncement entre hommes et femmes traduisent des différences d'attentes en matière de soins. Ces affirmations sont soutenues par les propos de l'enquêtée VT_21 :

« Nous les femmes ont fait nos lavements de manière régulière que les hommes. Alors pour question de santé préventive, nous n'avons pas de problème. Donc, je me vois mal aller gaspiller mon argent pour faire un bilan de santé car je me sens déjà en pleine forme après chaque lavement. Et puis, les soins sont devenus trop chers dans le pays sans parler des médicaments. Alors, pour tout cela je préfère garder mon argent et faire mon lavement. »

Parallèlement, l'observation des résultats abordant les obstacles indique aussi que, les principales causes d'empêchement sont du fait, d'une part, de la faiblesse du revenu (49,35%) et d'autre part, du nombre indésirable de personne à charge (34,65%). La prédominance de l'aspect socio-économique s'explique par le fait qu'il est le déterminant par excellence de demande de soins de santé. Les actes de santé étant facturés, les bénéficiaires payent directement les prestations ou par le moyen d'un système d'assurance ou de mutualisation. Si les obstacles financiers que rencontrent le corps enseignant pour réaliser les différents examens médicaux dans le cadre du bilan de santé méritent d'être compris au regard de leur connaissance et de leur compréhension du coût « réel » des soins, il est, en parallèle, indispensable d'en avoir une lecture à partir des restes pour vivre dont les ménages disposent une fois les charges et les dépenses fixes mensuelles déduites. On pourrait formuler les choses de la manière suivante : en soi, un reste à charge n'est pas nécessairement un obstacle pour réaliser un bilan de santé. Ces affirmations sont aperçues dans l'argumentaire de l'enquêtée AT_47 :

« Aucun enseignant ne peut te dire qu'il n'a pas envie de réaliser un bilan de santé mais le véritable problème à notre niveau, c'est notre revenu. Je sais, tu diras qu'on nous paie mais cette paie que le gouvernement fait toujours la publicité ne nous permet même pas de s'adonner à des moments de divertissement comme le demande la définition de la santé ou à assurer certaines dépenses addictives de la famille. Alors, l'argent pour réaliser les bilans de santé des membres de la famille y compris moi-même, je ne peux pas en avoir. Je dis cela parce que je ne peux pas faire pour moi seul et laisser ma femme et mes enfants. Et, s'il y a des ordonnances, comment je vais gérer tout cela ? »

A sa suite, nous avons les propos de l'enquêtée DP_11 qui dit ceci :

« Vu mon salaire, il est très difficile pour moi de pouvoir réaliser un bilan de santé. J'ai chaque l'envie de le faire mais je ne peux pas me cacher pour aller le. Mon revenu est légèrement supérieur à mon mari car il est dans le privé. Alors, décidé d'aller le, m'emmènera à prendre toute la famille en charge et aller réaliser les différents bilans. J'ignore les coûts donc on préfère attendre les états fébriles et faire les soins. »

En revanche, pour des personnes dont les restes pour vivre mensuels (une fois toutes les charges dont les crédits et les dépenses fixes payées) sont inférieurs au tiers du salaire voir proches ou égaux à zéro, un reste à charge peut devenir impossible à assumer. Il en est de même pour les avances de frais qui deviennent encore plus problématiques à certaines périodes du mois. Alors, les entretiens avec les enseignants du secondaire rappellent que lorsque les situations financières sont fragiles et même si la quasi-totalité des personnes accorde de l'importance à sa santé, les dépenses liées aux soins ne sont pas la priorité. La plupart des personnes renonçant explique d'ailleurs être dans l'obligation d'effectuer, quotidiennement des choix financiers. Toutefois, les faiblesses dans le système de mutualisation (MUGEF-CI) associées à une inefficacité dans la couverture médicale, font du bilan de santé, un acte marginalisé par les acteurs.

Aussi, le manque d'information sur le phénomène s'explique en partie par les représentations sociales que les acteurs se font de celui-ci. C'est pourquoi, les acteurs représentent le bilan de santé comme un acte « suicidaire » qu'il est plus sage d'éviter. En effet, cette perception du BS montre que les individus n'ont pas encore intériorisé les méthodes préventives de la médecine moderne en l'occurrence le contrôle de l'état de santé. Cela se justifie par le manque de sensibilisation et de stratégie d'information sur le territoire ivoirien en général et dans les types de corps de métier en particulier. Puisque, malgré les nombreuses techniques existantes permettant d'obstruer l'évolution des pathologies supposées graves et incurables après leurs dépistages, les acteurs en font un souci. La carence de sensibilisation et d'information sur le phénomène font du manque de couverture de protection sociale suffisante, une raison fondamentale d'empêchement pour la réalisation d'un bilan de santé. En Côte d'Ivoire, il existe des dispositions de prises en charge, tant au niveau étatique, qu'au niveau non gouvernemental. Les personnes infectées par certaines pathologies en l'occurrence, la tuberculose, le VIH-SIDA, l'insuffisance rénale, etc. bénéficient des subventions de l'Etat. Manifestement, la quasi-inexistence de sensibilisation et

d'information sur le phénomène justifie le refus de réaliser un contrôle de l'état de santé chez les enseignants du secondaire. Cette attitude des acteurs face au phénomène est liée aux représentations sociales qu'ils en font ainsi qu'à leur faible niveau de conscience sanitaire.

II.5. Itinéraires thérapeutiques et maladies éventuelles causées par l'enseignement

II.5.1. Itinéraires thérapeutiques

En réponse à la question de savoir, quelle est leur réaction ou orientation thérapeutique en cas de mal, la quasi-totalité des enseignants (83,80%) ont choisi l'hôpital. En revisitant les données relatives aux caractéristiques sociodémographiques des participants, ce choix s'explique par deux (2) facteurs tels que : le statut social des acteurs et le mode de vie urbaine. Premièrement, leur statut social rime avec un niveau d'instruction se situant au supérieur. Alors, ce capital social leur permet d'être outillés pour savoir davantage l'importance du capital santé, et le fait que l'individu qui présente des symptômes d'une pathologie quelconque doit s'orienter vers un établissement sanitaire. Par ailleurs, leur statut social confère l'avantage de posséder un *minimum* de subventions à travers des assurances dans les dépenses de santé occasionnées par une consultation à l'hôpital. Deuxièmement, selon la carte sanitaire ivoirienne, il y a une concentration des structures sanitaires dans les villes surtout dans la capitale économique-cadre de l'étude. Cela donne l'avantage aux demandeurs de soins dans le choix de l'itinéraire thérapeutique.

Egalement, la prédominance du choix des structures sanitaires publiques par les acteurs sociaux s'explique par les privilèges rattachés au statut social des fonctionnaires en matière de santé. En effet, l'affiliation au régime de base de la MUGEF-CI par les acteurs est un facteur favorisant la fréquentation des structures sanitaires publiques. Sous prétexte que, celles-ci sont plus accessibles à l'assurance que les structures sanitaires privées. En d'autres termes, cette configuration décèle non seulement l'impact de la situation socio-économique des acteurs sur le choix des structures de santé, mais aussi indique la portée de la protection sociale dans leur besoin de santé.

II.5.2. Maladies causées par l'enseignement

Tableau 4 : Maladies éventuelles causées par l'enseignement

Maladies éventuelles causées par l'enseignement	Citations	Fréquence
Maladie pulmonaire	46	52,27%
Paludisme	67	75,36%
Allergie	20	22,87%
Autres pathologies	8	10,5%
Total Observation	102	

Source : Enquête de terrain, 2022

Il ressort des informations recueillies sur les maladies habituelles des enseignants interrogés que le paludisme est la pathologie la plus récurrente (voir Tableau 4). Cela s'explique essentiellement à travers la situation géographique des champs d'études au moment de l'étude. C'est-à-dire, le Lycée Municipal Gadié Pierre I et II et le Lycée Garçons de Bingerville. Ils sont respectivement situés, le premier, dans un quartier précaire de Yopougon avec son corolaire des eaux usées stagnantes. Aussi, son local sert souvent d'endroits où les habitants de proximité déversent les déchets ménagers. Le second, non loin du jardin botanique, favorise le développement et la propagation des agents vecteurs (les moustiques) du paludisme. Voilà pourquoi, le paludisme est la première cause de mortalité dans le monde en général, et en particulier l'une des principales causes de consultations en Côte d'Ivoire. De plus, la ville d'Abidjan fait partie des zones les plus touchées par la pathologie avec un taux d'incidence dans sa population générale de 164 (‰) en 2020 (RASS, 2020). C'est pourquoi cette situation affecte l'état de santé des acteurs qui sont aussi une infime partie de la société globale du pays. Cela est illustré par les propos de l'enseignant KJ_43 :

« Dans notre métier, la maladie qui fatigue plus est le paludisme. Comment ne peux-tu pas avoir le palu, quand tu passes ton temps à crié, marché sous le soleil pour parler aux élèves. Aussi, les longues heures de travail assis comme arrêté, contribuent aussi à cet état de maladie. Hormis cela, notre cadre est entouré de nid de moustiques provoqué par les eaux usées des ménages qui entourent l'établissement. Cela améliore fortement la naissance des moustiques, qui a pour conséquence notre contamination. Le directeur se plaint chaque fois auprès de la population, mais en vain.

C'est tout cela qui contribue à notre contamination par la maladie du paludisme. »

Par ailleurs, la présence de maladies pulmonaires, qui tiennent une part importante dans les statistiques, n'est que le reflet de l'utilisation de la craie. En effet, l'utilisation de la craie constitue une menace pour la santé des acteurs, et ce, parce que selon les agents de santé des lycées ainsi que les médecins interrogés témoignent de sa nuisance car, elle contient le virus de la tuberculose (Bacille de Koch (BK)). La présence du BK dans la poudre de craie est une variété de calcaire. En effet, les acteurs utilisent de la craie sur un tableau sec. Cette interaction produit du calcaire (contenu dans la poussière de craie) qui est source de nuisance à laquelle sont associées aussi des pathologies comme l'angine, la pharyngite, les maladies des yeux, l'asthme, le rhume, etc. Aussi, la consommation permanente de craie par l'enseignant est susceptible de nuire à différents niveaux à sa santé. On peut citer entre autres, l'irritation de la gorge, souvent suivie d'un état grippal, la baisse possible de la vue au fil des années et, des picotements sur la peau.

Plus encore, le dépôt de craie dans l'organisme peut provoquer de temps à autre de picotements au niveau des talons ou encore au niveau de la ceinture rénale de l'individu. Or, lorsque ce canal est obstrué par des impuretés, il peut s'ensuivre une perte de désir sexuel, ou même progressivement une faiblesse sexuelle chez l'homme. Il peut en découler également une modification négative de la composition spermatique, d'où un risque d'infection permanente chez la partenaire sexuelle, étant donné que tous les rapports ne peuvent être protégés. Pour conclure, la craie contribuerait à accroître le mal de la sinusite chez certaines personnes. De plus, il y a les conditions de travail (le nombre pléthorique d'élèves dans les classes qui demande aux acteurs des efforts supplémentaires qui sont sources de nervosité et de stress) ; un environnement de travail malsain (salles de classes presque jamais balayées) ; manque de sécurité sanitaires (des élèves venus de divers horizons susceptibles de transmission de maladies contagieuses par inhalation) ; qui exposent souvent les acteurs aux risques.

En somme, les données révèlent les nuisances rattachées, non seulement, au cadre d'exercice des enseignants mais aussi, la structuration et le fonctionnement du métier de l'enseignement.

III. Discussion

La discussion des résultats de cette étude nous conduira successivement à mener une réflexion autour de l'interprétation des principaux résultats, et à les discuter avec d'autres écritures scientifiques.

III.1. Obstacle financier comme indicateur du renoncement au bilan de santé

La mesure dans l'étude contrôle de l'état santé chez les enseignants a permis d'apporter un éclairage pour l'évaluation des politiques d'accès aux soins. Présenté comme un élément de preuve à l'appui de la mise en place d'une complémentaire santé publique pour les personnes aux revenus plus faibles, il peut être intégré comme un indicateur de suivi de la CMU. En effet, les résultats de l'étude soulignent que 49,35% des enquêtés renoncement à la réalisation du bilan de santé à cause de leurs faibles revenus tandis que 34,65%, le font par rapport à un nombre élevé de personnes à charge.

Parallèlement aux données de l'étude, celles issues des vagues 1 et 3 de la cohorte SIRS, nous permettent d'estimer l'évolution du renoncement aux soins pour raisons financières. En 2005, selon la source, 16,9% des enquêtés déclaraient avoir déjà renoncé à des soins pour raisons financières. En 2010, cette proportion s'élevait à 19,7% (SIRS, 2010). De leur côté, Dourgnon *et al.*, soutiennent que l'analyse des raisons invoquées par les acteurs pour justifier leurs opinions et attitudes vis-à-vis du BS montrent que les obstacles financiers sont les plus cités. Pour les auteurs, c'est ce type de difficultés dont les personnes parlent le plus en première intention. Par conséquent, tous territoires confondus, 60% des *renonçants* disent ainsi que les frais du bilan de santé sont la ou l'une des raisons de leur(s) renoncement(s). De plus, ils ajoutent que l'avance de frais en est aussi la cause (Dourgnon *et al.*, 2011). Ainsi, le renoncement au contrôle de l'état de santé pour raisons financières est de plus en plus mobilisé pour apprécier l'accessibilité financière aux soins des systèmes de santé en général et, en particulier la réalisation du bilan de santé. Dans ce contexte, une série d'analyses a été réalisée sur le renoncement aux BS au début des années 2006 (Parizot *et al.*, 2004 ; Bazin *et al.*, 2006 ; (Wicky-Thisse, 2017). Celles-ci avaient montré que la question du renoncement pour raisons financières renvoyait certes à des difficultés financières pour accéder à des soins mais recouvrait aussi la frustration ressentie des

personnes entre ce dont elles souhaitent bénéficier en termes de soins médicaux et ce à quoi elles accèdent effectivement.

Les entretiens qualitatifs de notre étude donnent également à voir un point essentiel sur lequel d'autres investigations relatives au renoncement à la réalisation du contrôle de santé s'attardent : le fait que, si les obstacles financiers dans l'accès aux soins sont massifs, ils sont aussi pour une partie d'entre eux le résultat *d'un constat commun*. Certaines personnes n'adressent ainsi pas leur(s) demande(s) de contrôle de l'état de santé parce qu'elles anticipent des restes à charge élevés mais sans avoir de données objectives pour en juger. Ces données rejoignent d'autres selon lesquelles de nombreuses personnes affirment ignorer les coûts des soins, les parts qui peuvent leur être remboursées, et ne savent pas où, ni comment, se renseigner pour avoir des informations fiables et nettes. Ainsi, il est évident que les restes à charge peuvent être coûteux et qu'ils constituent un obstacle majeur pour ceux dont les restes pour vivre mensuels sont insuffisants. Aussi, nous constatons que le risque de renoncer au BS est le plus élevé chez les personnes percevant leur situation économique comme mauvaise plutôt que bonne. La dégradation de la situation financière objective (diminution du revenu mensuel du ménage) et subjective (passage d'une perception positive à négative de son état financier), la perte d'emploi ou de couverture complémentaire ainsi que la survenue d'événements difficiles sont des facteurs associés à l'incidence du renoncement même si c'est de manière significative uniquement pour un type d'examen vu la faiblesse des effectifs étudiés. Si les obstacles financiers que rencontrent les personnes pour se soigner méritent d'être compris au regard de leur connaissance et de leur compréhension du *coût réel* des examens à réaliser, il est, en parallèle, indispensable d'en avoir une lecture à partir des restes pour vivre dont les ménages disposent une fois les charges et dépenses fixes mensuelles déduites.

L'étude souligne finalement que la question du renoncement au bilan de santé ne saurait être comprise sans porter une attention particulière à la manière dont les personnes perçoivent et vivent à la fois leurs besoins en matière de santé et leur situation sociale et financière. Par conséquent, aider les personnes à mieux comprendre *les coûts des examens*, en fonction des protections sociales dont elles disposent, est certainement un enjeu.

III.2. Absence de protection sociale complémentaire comme facteur de renoncement au contrôle de santé

Etant des dispositifs auxquels l'adhésion n'est rendue obligatoire ni par la réglementation, ni par les conventions collectives, mais qui dépend d'accords ou d'usages d'entreprise, la protection sociale complémentaire concernant-dans le cadre de l'étude-les assurances en matière de santé (mutuelle complémentaire). En effet, les données collectées montrent que le renoncement au contrôle de l'état de santé est aussi lié au manque de complément de santé. Lequel complément santé est un contrat qui a pour but de compléter les remboursements de la sécurité sociale dans les champs de la maladie, des accidents et de la maternité. Ces contrats permettent une prise en charge de tout ou partie de ces dépenses. Ces résultats sont conformes à ceux obtenus dans l'étude menée par Hélène Revil en 2014.

Selon l'auteure, dans l'ensemble des territoires français, la difficulté à assumer les frais liés à certains soins, mais aussi à procéder à des avances auprès des professionnels, est pour partie liée à l'absence de complémentaire santé ; 27% de l'ensemble des renonçants au contrôle de santé déclarent être dépourvus d'une telle protection, alors que ce taux est de 10% pour les répondants. L'absence de complémentaire santé ressort ainsi comme un facteur *favorisant* fortement le renoncement aux soins, en particulier à certains d'entre eux. Les données qualitatives du BRS signalent en l'occurrence qu'une partie des personnes sans complémentaire est éligible à la CMU-C ou à l'ACS. Les difficultés financières d'accès aux soins s'inscrivent donc, pour certaines, dans la continuité d'un *primo non-recours* aux dispositifs de la complémentaire gratuite ou aidée (Revil H., 2014). De leur côté, Adjerd et Courtejoie (2020) soutiennent que l'un des déterminants majeurs au bilan de santé pour raisons financières est, bien entendu, le type de couverture maladie, elle-même largement liée au statut d'emploi et aux ressources financières. Ainsi, le renoncement était plus fréquent chez les bénéficiaires de la CMU-C (à l'exception des soins dentaires) suivis des personnes couvertes uniquement par la sécurité sociale (sans couverture additionnelle). Dès lors, les personnes renonçant le moins aux soins étaient donc celles couvertes par la sécurité sociale et une mutuelle additive (Adjerd et Courtejoie, 2020 ; Forzy *et al.*, 2021). Ainsi, être couvert par une complémentaire santé préserve du renoncement aux soins de manière générale et en particulier au contrôle de santé. En passant en revue les

résultats de leur étude, il ressort que les bénéficiaires de la CMU-C renoncent cinq fois moins que les personnes sans complémentaire santé.

Le type de couverture maladie joue un rôle capital dans le risque de renoncer à des soins. Ainsi, les personnes couvertes par une couverture maladie peuvent passer d'un risque moindre à un risque plus important (ou comparable) comparativement aux personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire privée. En revanche, les personnes ne disposant pas de couverture complémentaire étaient plus à risque de renoncer au contrôle de l'état de santé pour presque tous les types de soins, ce qui est compréhensible au vu de la participation financière demandée aux assurés, qui peut être très élevée pour certains services. En effet, le renoncement au bilan de santé renvoie à un besoin de soins non satisfait. Son importance dépend a priori des caractéristiques économiques, démographiques et sociales du demandeur. Il s'agit d'une forme particulière de non-recours, car elle suppose l'identification préalable d'un besoin de soins. De ce fait, en se basant sur la théorie de la conscience sanitaire (Dedy, Op.cit.), le renoncement aux soins est nécessairement subjectif : deux personnes peuvent présenter les mêmes symptômes, choisir (de façon délibérée ou contrainte) de ne pas se rendre chez le médecin et pourtant répondre de manière différente à une question sur le renoncement au bilan de santé. Or, il n'existe pas de mesure objective du renoncement au BS qui ferait l'économie d'une appréciation subjective par la personne elle-même et le fait de déclarer avoir renoncé au contrôle de l'état de santé est lui-même réparti de manière inégalitaire dans la société.

Conclusion

L'investigation sur la réalisation du contrôle de l'état de santé, à travers une approche mixte avait pour objectif général d'expliquer les représentations que les enseignants du secondaire se font du bilan de santé.

Cependant, au niveau de l'analyse des données, il ressort que les conditions socio-économiques, d'une part, et la couverture de la sécurité sociale d'autre part, influencent la représentation sociale que les enseignants se font du bilan de santé. Du point de vue socio-économique, l'analyse des variables telles que la source de revenu et le nombre de personnes à charge, nous a permis de déceler la réalité socio-économique des acteurs en question. Cette situation ne constitue pas un

facteur favorable et non favorable à la réalisation du contrôle de l'état de santé. Face à cette réalité, les enseignants du secondaire, bien que connaissant l'importance de la réalisation du bilan de santé, restent en marge de toute velléité de méthode en préventive, en l'occurrence le bilan de santé. Et surtout lorsqu'il s'agit de le faire volontairement. De plus, ils qualifient cela « *d'acte suicidaire* » puis que selon eux « *il faut mieux vivre dans l'ignorance de certaines pathologies que faire un bilan de santé pour connaître son état de santé, et ne pas avoir les moyens financiers pour pas se traiter. Cela accélère donc ta propre mort.* »

Quant à la couverture de la sécurité sociale, il n'existe pas de véritable protection socio-sanitaire des acteurs interviewés. En effet, les résultats de l'investigation rendent compte de cette réalité sociale. Ceux-ci soulignent que la MUGEF-CI constitue la seule couverture médicale des enseignants du secondaire. Alors qu'étant l'assurance de tous les fonctionnaires ivoiriens, elle ne peut pas être efficace pour les problèmes spécifiques aux enseignants du secondaire.

Ainsi, les acteurs se trouvent dans l'incapacité de réaliser un bilan de santé malgré l'importance qu'ils accordent à cette pratique médicale.

Bibliographie

Adjerad Raphael et Courtejoie Noémie (2020), *Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels*. DREES, Études et Résultats, 1171.

Chauvin Pierre, Parizot Isabelle et Nathalie Simonnot (2009), *Access to healthcare for the undocumented migrants in 11 European countries*. Médecins du Monde, European observatory on access to healthcare.

Dedy Séri (2016), *Théorie de la conscience sanitaire*. OMS, 2016.

Dufour Christine et Larivière Vincent (2012), *Principales techniques d'échantillonnage probabilistes et non-probabilistes* SCI6060 – Cours 4.

Fabienne Bazin, Isabelle Parizot et Pierre Chauvin (2006), *Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans 5 zones urbaines sensibles de la région parisienne en 2001*. Sci Soc Santé.

Forzy Loicka., et al., (2021), *Accès aux soins et pratiques de recours. Étude sur le vécu des patients*. DREES, Les Dossiers de la DREES, 77.

Icek Ajzen (1991), *La théorie du comportement planifié*. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T).

Kimberly Moore, Jennifer Delaney et Mark Dixon (2007), Using indices of happiness to examine the influence of environmental enhancements for nursing home residents with Alzheimer's disease. *Journal of Applied* 2007.

La documentation CMU (2011), Bénéficiaires de la CMU complémentaire en France entière. Synthèse France entière - Tous régimes - 2007-2010 ».
<http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?Id=3&cat=75>.

Le Fonds CMU (2011), Aide complémentaire santé Complementary Health Assistance. Paris2009 » avril.
<http://replay.waybackmachine.org/20090418133038/http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?Id=7&style=&col=&PHPSESSID=60cbd34f418dfae11f51b1a876a8088c>.

Marc Perronin, Aurélie Pierre et Thierry Rochereau (2011), La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès. *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 161.

Marianne Cornu-Pauchet, Gwénaëlle Le Bohec et Stéphane Runfola (2018), *La CMU-C comme alternative au reste à charge : quel bilan ?* HCSP, Actualité et dossier en santé publique, 102.

Marie Wicky-Thisse (2017), Causes de renoncements et de non-recours aux soins primaires des personnes en situation de précarité. Thèse de Médecine, Université de Franche-Comté, juin 2017, p.5.

Olivier Bouba-Olga et Magalie Vigé (2014), Le renoncement aux soins : une analyse empirique à partir de la base SHARE. *Behavior Analysis*, 40, 541–544. Hal-01070962-2014.

Paillé Pierre et Mucchielli Alex (2016), L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin, « Collection U », 2016, ISBN : 9782200614706. DOI : 10.3917/arco.paill.2016.01. URL : <https://www.cairn.info/analyse-qualitative-en-sciences-humaines-et-social--9782200614706.htm>.

Parizot Isabelle, Péchoux Sandrine, Bazin Fabienne et Chauvin Pierre (2004), Enquête sur la santé et le recours aux soins dans les quartiers de la Politique de la ville du 20^e arrondissement de Paris. Inserm U444, Rapport pour la Mission Ville de la préfecture de Paris.

Paul Dourgnon et al., (2011), *Le renoncement aux soins pour raisons financières. Une approche économétrique*. In *Question d'économie de la santé*, n°170, novembre.

Paul N'DA (2007), Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaine. Réussir sa thèse, fil mémoire de master ou professionnel, et son article. EDUCI, Abidjan 2007.

Philippe Warin et Thibault Gajdos (2016), La plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS). Regard sur un dispositif expérimental de détection du renoncement aux soins et d'action pour aider les personnes à réaliser leurs soins. ODENORE, rapport pour la CPAM du Gard, mars.

Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS) (2020), Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS). Juillet 2021.

Revil Hélène (2014), Le « non-recours » à la Couverture maladie universelle : émergence d'une catégorie d'action et changement organisationnel. Thèse de Science-politique, Université Grenoble Alpes, janvier.

Revil Hélène et Philippe Warin (2016), Le renoncement aux soins des assurés sociaux en Languedoc-Roussillon. Diagnostic dans le régime général des indépendants et le régime de la mutualité sociale agricole. ODENORE, rapport pour les organismes d'Assurance Maladie obligatoire du Languedoc-Roussillon, mars 2016.

Sophie Guthmullera, Florence Jusotab et Jérôme Wittwer (2011), *Le recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille*. Irdes, Questions d'économie de la santé, n° 162.