

REVUE AFRICAINE DE CRIMINOLOGIE



REVUE SEMESTRIELLE
ISSN/1819-0650

N° 20– Juin - 2017



Editions Universitaires
de Côte d'Ivoire

REVUE publiée par l'UFR CRIMINOLOGIE-Université Félix Houphouët Boigny - Cocody/Abidjan

REVUE AFRICAINE DE CRIMINOLOGIE

N°20– Juin 2017

ISSN/ 1819-0650

ADMINISTRATION

DIRECTEURS SCIENTIFIQUES : Pr. Alain SISSOKO

(Responsable pédagogique de l'UFR Criminologie),

Pr. Raymond KOUDOU Kessié (Responsable scientifique de l'UFR Criminologie).

COMITÉ SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE :

Pr. Alain SISSOKO, Sociologue - UFR Criminologie ;

Pr. Raymond KOUDOU Kessié, Psychologue - UFR Criminologie ;

Pr. Mélédje DJEDJERO, Droit - UFR des Sciences Juridiques, Administratives et Politiques ;

Dr. Bourahima GBANÉ, Droit - UFR des Sciences Juridiques, Administratives et Politiques ;

Pr. Opadou KOUDOU, Psychologue - ENS d'Abidjan ;

Pr. Alphonse YAPI Diahou, Géographe - ENS d'Abidjan ;

Pr. Robert CARIO, Criminologue - Université de Pau et des pays de l'Adour-France ;

Pr. Maurice CUSSON, Criminologue - Université de Montréal.

DIRECTEUR DE PUBLICATION: Pr. Opadou KOUDOU, ENS d'Abidjan.

SECRETARIAT DE REDACTION :

Dr. Lucie Koko N'GORAN, ngorankokoluci@yahoo.fr.

ADRESSE : Revue africaine de Criminologie UFR Criminologie

Tél : 05 09 92 60 / 05 00 80 46 / 07 08 55 61

BP V 34 UNIVERSITÉ F. H. B. de Cocody

ÉDITEUR : *Editions Universitaires de Côte d'Ivoire (EDUCI)*. Université F. H. B.
de Cocody,
BP V 34.

educiabj@yahoo.fr www.educiabj@yahoo.fr

© ; Editions Universitaires de Côte d'Ivoire (EDUCI)

Dépôt légal : Édition N° 3557, Septembre 1994.

ABONNEMENT ET VENTE

Abonnement à la revue : parution semestrielle.

Les abonnements partent de Janvier à Décembre (1) an pour
deux (2) numéros

	ABONNEMENT	VENTE
Côte d'Ivoire	10 000 FCFA	5 000 FCFA / N°
Afrique occidentale	12 000 FCFA	6 000 FCFA / N°
Ailleurs en Afrique	14 000 FCFA	7 000 FCFA / N°
Europe et autre	17 000 FCFA	9 000 FCFA / N°

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

1. Auteur 1, Auteur 2

Institution de rattachement

Adresse postale

Adresse électronique

2. Présentation

Le corps de texte est composé en Times New Roman 12, avec un interligne simple ne dépassant pas vingt (20) pages bibliographie y comprise. Un espace de six points est défini après chaque paragraphe, aucun avant. Le style correspondant à un style « normal ». Les paragraphes sont justifiés.

3. Format

La première page du texte propose : un titre ; éventuellement un sous-titre ; le nom du ou des auteurs, ainsi que la mention de leur appartenance institutionnelle, de leur adresse et d'une adresse électronique de contact pour chacun d'entre eux ; un résumé du texte en Times New Roman 11.

3.1 Marges et format

Les marges sont définies de la manière suivante :

– Gauche, Droite, Haut & bas : 2 cm

– Exécutive (18,415 x 26,67)

4. Figures et tableaux

Les figures, illustrations et tableaux doivent être incorporés au texte. Les figures et illustrations sont numérotées de 1 à n à l'intérieur de l'article, les tableaux également. Des légendes explicites les accompagnent, composées en Times corps 10 justifiées, sans alinéa, Figure x en romain gras suivi d'un point gras, texte en italique maigre.

5. Soumission des textes

Les textes doivent parvenir à la rédaction sous forme de fichier électronique (en format Word ou RTF) envoyé à ngorankokolucie@yahoo.fr. Un accusé de réception

électronique suivra la réception du document

6. Références citées dans le texte

- Ne pas citer les renseignements bibliographiques en entier dans le texte ou en notes infrapaginales. Il suffit d'indiquer, entre parenthèses, le nom de l'auteur suivi de l'année de publication. S'il y a lieu, indiquer les pages auxquelles on se réfère en les faisant précéder d'un deux-points. Ex : (Boileau, 1991 : 312-313).
- Si le nom de l'auteur est déjà mentionné dans le texte, le faire suivre par l'année (et les pages s'il y a lieu) entre parenthèses. Ex : Boileau (1991).
- Lorsqu'un auteur a plus d'un ouvrage publié la même année, les distinguer par les lettres a, b, c, etc., ajoutées à l'année. Ex : (Boileau, 1991a).
- Si plusieurs auteurs sont mentionnés, les indiquer par ordre croissant d'année de publication et les séparer par un point-virgule. Ex : (Fagnan, 1991; Dupuis, 1995; Tardif, 1998).
- Si un ouvrage compte deux auteurs, mentionner les deux noms.
- Si un ouvrage compte plus de deux auteurs, ne mentionner que le premier nom suivi de " *et al.* " en italique. Ex : (Bourbonnais *et al.*, 1997).
- Les références complètes devront apparaître dans la liste des références, à la fin du texte.

6.1. Liste des références (Bibliographie)

La liste des références doit être présentée à la fin du texte dans une section intitulée " Références " en Times New Roman 11.

Lorsque plusieurs références se rapportent à un même auteur, les présenter en ordre croissant d'année de publication.

Lorsque qu'une référence comporte plusieurs auteurs, tous les noms doivent être mentionnés. Ne pas utiliser *et al.* dans la liste des références.

6.2. Normes à suivre pour la présentation des références (normes del'APA)

Les noms des auteurs sont saisis en petites capitales.

6.3. Livre

Sanders, D.H., Murph, A.F., & Eng, R.J. (1984). *Les statistiques, une approche nouvelle*. Montréal : McGraw-Hill Éditeurs.

Article

Brillon, Y. (1986). L'opinion publique et les politiques criminelles. *Criminologie*, 19 (1), 227- 238.

Chapitre d'un livre.

Lasvergnas, I. (1987). La théorie et la compréhension du social. In B.

Gauthier (ed.), *Recherche sociale* (111-173). Sillery : Presses de l'Université du Québec.

Sources électroniques

1) Périodique en ligne

Auteur, S. (Année). Titre de l'article. *Titre du périodique*, VV, NN. Consulté le jour, mois, année, URL. Ex. : Smith, C. A. & Ireland, T. O. (2005). Les conséquences développementales de la maltraitance des filles. *Criminologie*, 38, 1. Consulté le 23 février 2006,

<http://www.erudit.org/revue/crimino/2005/v38/n1/011486ar.pdf>.

2) Document en ligne

Auteur, A. (Année). *Titre du document*. Consulté le jour, mois, année, URL. Ex.: APA Online (2001). *Electronic References*. Consulté le 23 février 2006, <http://www.apastyle.org/electgeneral.html>.

REVUE AFRICAINE DE CRIMINOLOGIE

ISSN 1819-0650

REVUE SEMESTRIELLE

N° 20– Juin- 2017

SOMMAIRE

Implication de la mauvaise rémunération des prix bord champ dans la fraude en matière de commercialisation de l’anacarde en cote d’ivoire : le cas du département de Bondoukou Par KOUASSI Konan Jean-Claude	8
Trafic de drogues chez les jeunes revendeurs de faux médicaments Par KROUBO Kafé	20
Ventes illicites de terres et conflits intrafamiliaux dans la tribu Sian Par KANA Jean Noel Pacôme	37
Corruption policière et activités de vente de drogues dans les fumoirs à Abidjan Par Bakary OUATTARA & François KOUAKOU YAO	51
Mode d’attachement et braquage chez des femmes a Abidjan Par BAHIBO Denzi Sophie	63
Déterminants psychosociologiques de la récidive chez les ex-détenus ivoiriens Par DJATO Kouassi Blaise	73
Les mouvements d’accord dans le débat Gbagbo-Ouattara du 26 novembre 2010 Par DIASSE Alain	84
Logique d’actions des établissements de sante et précarité de la prise en charge médicale des ouvriers et employés, victimes d’accidents de travail et maladies professionnelles dans les entreprises privées à Abidjan Par ZAN BI - Claude Evariste	94
Mères et enfants en détention dans les prisons en Côte d’Ivoire par Casimir ZADY	117
Le vécu de la stigmatisation chez des enfants dits sorciers (EDS) a Anyama (RCI) Par Raymond Nébi BAZARE & Michel GBAGBO & Cyrille J. Sylvain YORO & ADOU Aguiri Denis	134
Difficultés d’intégration socio-économiques et commerce de rue dans le district d’Abidjan : le cas de la commune d’Adjamé. Par Sévérin Affry DASSE	149

Les opinions exprimées dans les articles n’engagent que leurs auteurs; la reproduction, même partielle, sous toute forme, est interdite sans autorisation

REVUE AFRICAINE DE CRIMINOLOGIE

ISSN 1819-0650

REVUE SEMESTRIELLE

N° 20– Juin- 2017

SUMMARY

Implication of the poor remuneration of the bord field prices in the fraud related to the marketing of the cashew in ivory coast: the case of the department of Bondoukou. By KOUASSI Konan Jean-Claude.....	8
Drug trafficking among young resellers of fake drugs By KROUBO Kafé	20
Illegal land sales and intra-family conflicts in the Sian tribe By KANA Jean Noel Pacôme	37
Police corruption and drug selling activities in smokehouses in Abidjan By Bakary OUATTARA & François KOUAKOU YAO.....	51
Attachment and waxing at women in Abidjan By BAHIBO Denzi Sophie	63
Psychosociological determinants of recovery In ivoirien ex-detainees By DJATO Kouassi Blaise.....	73
Agreement movements in the debate Gbagbo-Ouattara on 26 november2010 By DIASSE Alain	84
Logic of actions of health establishments and precarity of medical care for workers and employees, victims of workplace accidents and occupational illnesses in private companies in Abidjan By ZAN BI - Claude Evariste	94
Mother and child in detention in prisons in Côte d'Ivoire BY Casimir ZADY	117
The experience of stigmatization in so-called wizard children (EDS) in Anyama (RCI) By Raymond Nébi BAZARE & Michel GBAGBO & Cyrille J. Sylvain YORO & ADOU Aguiri Denis	134
Socio-economic integration difficulties and street trade in the district of Abidjan: the case of the common Adjamé. By Sévérin Affry DASSE	149

Les opinions exprimées dans les articles n’engagent que leurs auteurs; la reproduction, même partielle, sous toute forme, est interdite sans autorisation

LOGIQUE D' ACTIONS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET PRECARITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES OUVRIERS ET EMPLOYES, VICTIMES D' ACCIDENTS DE TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES DANS LES ENTREPRISES PRIVEES A ABIDJAN

LOGIC OF ACTIONS OF HEALTH ESTABLISHMENTS AND PRECARIETY OF MEDICAL CARE FOR WORKERS AND EMPLOYEES, VICTIMS OF WORK-PLACE ACCIDENTS AND OCCUPATIONAL ILLNESSES IN PRIVATE COMPANIES IN ABIDJAN

Par **ZAN BI - CLAUDE EVARISTE**

Doctorant, UFR Criminologie

UNIVERSITE FELIX HOUPHOUËT-BOIGNY - ABIDJAN - CÔTE D'IVOIRE

07-52-46-81 / 05-71-06-71 / 01-78-78-37/zanbiclaude@yahoo.fr

RESUME : En raison de l'insécurité en milieu professionnel, plusieurs études ont tenté de s'investir dans une dynamique de protection des travailleurs. Toutefois, la responsabilité de la médecine du travail, dans cette insécurité, est peu connue. La présente recherche rend compte de la précarité de la prise en charge médicale d'une catégorie de travailleurs vulnérables (ouvriers et employés) du privé, victimes d'accidents de travail et maladies professionnelles, en lien avec les pratiques inadaptées du personnel des établissements de santé. Le terrain d'étude concerne la ville d'Abidjan (Côte d'Ivoire). 61 personnes ont participé aux enquêtes, suivant une technique d'échantillonnage non probabiliste (par choix raisonné) structurée autour de 4 catégories de locuteurs : institution de prévoyance sociale (N=1), établissements de santé (N=3), employeurs (N=6), ouvriers et employés (N=51). Les données recueillies au moyen de la documentation, l'enquête-interrogation et l'observation ont été traitées qualitativement et quantitativement. Il ressort de l'étude que la précarité de cette prise en charge médicale se particularise, entre autres, par la surfacturation des prestations, le désintérêt des patients, le mauvais accueil du personnel soignant, la divulgation des secrets tenant à l'intimité des patients, le cadre physique défavorable, l'insuffisance du matériel de travail, l'abstention volontaire de prodiguer des soins de qualité. Ces difficultés sont fortement corrélées à une combinaison de facteurs à la fois internes et externes aux consciences du personnel de santé. Ces résultats valident l'hypothèse de l'étude et la théorie du constructivisme. L'étude propose un mécanisme de régulation de la problématique à l'étude, induisant certes les engagements du corps médical, mais également ceux de l'Etat à travers ses institutions sociales et administratives, des employeurs, ainsi que des travailleurs concernés par cette prise en charge médicale.

MOTS CLES : Logique d'actions, pratiques inadaptées, précarité de la prise en charge médicale, établissements de santé, ouvriers et employés

ABSTRACT: Due to the lack of security in the workplace, several studies have attempted to engage in a dynamic of protection of workers. However, the responsibility of industrial medicine, in this insecurity, is not well known. This research accurately reflects the precariousness of the medical care of a category of vulnerable workers (workers and employees) in the private sector, victims of accidents in the workplace and occupational diseases, linked to the inadequate practices of medical staff. The research milieu is the city of Abidjan (Côte d'Ivoire). 61 people partook in the survey, on the basis of a non-probabilistic sampling technique (rational choice) structured into 4 categories of speakers: social welfare institution (N=1), health institutions (N=3), employers (N=6), workers and employees (N=51). The Data collected through the literature, survey-questioning and observation were processed qualitatively and quantitatively as well. The study revealed that the precariousness of this medical care is characterized, among other things, by overcharging of services, patients' disinterest, poor reception on behalf of the medical staff, disclosure of secrets relating to patients' privacy, unfavorable physical environment, insufficient working equipment, voluntary abstention from providing a good medical care. These difficulties are strongly correlated with a combination of factors both internal and external to the consciousness of health personnel. These results validate the hypothesis of the study and the theory of constructivism. Thus, a mechanism is in place to regulate the problem under study, inducing the commitments of the medical professionals, but also those of the State through its social and administrative institutions, employers and workers concerned with this medical care.

KEYWORDS: Logic of actions, inadequate practices, precariousness of medical care, health establishments, workers and employees

I- INTRODUCTION

L'amélioration des conditions de travail, la prévention de la pénibilité de la tâche ou les actions visant à réduire les risques psychosociaux constituent un domaine d'action durablement investi par les entreprises conscientes de l'enjeu que constitue le capital humain dans la construction de leur compétitivité (Jolivet, Volkoff, Caron, Caser, Delgoulet et Théry, 2012 ; Poley et Petit, 2014). Ce constat met en avant la question de la promotion de la santé au travail (Grosjean, 2004).

Des recommandations au plan supranational ne cessent d'amener les Etats, voire les entreprises, à la construction d'un environnement professionnel dont le climat « *soit le plus favorable possible* » (Meignant, 2009), pour susciter le bien-être au travail (Loriol, 2000). C'est dans cette perspective que l'Organisation Internationale du Travail (OIT) (2001b ; 2002) recommande que : « *chaque femme et chaque homme puissent accéder à un travail décent et productif dans des conditions de liberté, d'équité, de sécurité et de dignité* ».

Il en découle quatre piliers fondamentaux qui structurent le concept de « *travail décent* », à savoir la promotion des droits au travail, l'emploi, le dialogue social et la protection sociale (OIT, 1999). Cette dernière composante (protection sociale) induit, à bien des égards, des formes de prise en charge à l'endroit des travailleurs. En Côte d'Ivoire, ces prestations couvrent quatre branches que sont les prestations familiales, l'assurance maternité, les Accidents de Travail et Maladies Professionnelles (ATMP), ainsi que l'assurance vieillesse [Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS), 2013]. La réflexion menée dans le cadre de cet article traitera des échecs des prestations servies au titre des ATMP en lien avec le comportement du personnel des établissements de santé.

Evoquant les études sur la santé et sécurité au travail, et également sur la précarité de la prise en charge médicale des travailleurs, ou en rapport avec la responsabilité du personnel de santé, plusieurs contributions sont enregistrées et s'articulent autour de quelques principaux axes.

Les premières orientations tentent de consolider des mécanismes de production du bien-être au travail. Elles contribuent efficacement à asseoir une dynamique prophylactique de résorption des risques psychosociaux à l'origine des ATMP. Certaines études traitent des pratiques que devront suivre les acteurs en entreprise (Trontin et Béjean, 2001 ; Rachedi, Vidal-Gomel, Bonnemain, Bourdeau et Gébaï, 2009 ; Miotti, Guarnieri, Martin, Besnard et Rallo, 2010 ; Vézina et Chenard, 2011 ; Boudra et Delecroix, 2012), d'autres s'investissent dans la surveillance médicale de ces risques psychosociaux (Greenan et Mairesse, 1999 ; Gollac, Greenan et Hamon-Cholet, 2000 ; Gollac et Kramarz, 2000 ; Askenazy et Caroli, 2002 ; Janod et Saint Martin, 2004). Bien plus encore, d'autres travaux s'intéressent aux moyens de lutte contre la violence dans les organisations (Lachmann, Larose et Pénicaud, 2010 ; Hirigoyen, 2011 ; Aubert, 2013 ; Selly, 2013 ; 2015 ; Pascal, 2015 ; Dupre, 2016 ; Favaro, 2016). Dès lors, on comprend aisément que des recherches ont été conduites pour améliorer la situation au sein des entreprises et faire des questions de santé et de stress au travail une de leurs priorités stratégiques.

Toutefois, il est à souligner que malgré ces efforts de recherche, la fréquence des ATMP semble gagner des proportions plus ou moins alarmantes dans les organisations. Ces constats sont à l'origine de bien des travaux, qui s'interrogent sur « *l'ineffectivité* » des systèmes de prévoyance et de protection des travailleurs. Dans cette perspective, des études portent sur la responsabilité de l'échec de ces systèmes sur l'Etat, à travers ses institutions sociales, administratives et juridiques.

(Barbier, 2006 ; Bourgeois et Hubault, 2006 ; Becker, Diakhaté et Fall, 2008 ; Barbier et Theret, 2009 ; Oumba, 2016), sur les employeurs (Aventin et Guichaoua, 1999 ; Carrin, 2001 ; Carrin et James, 2005 ; Auvergnon, 2006 ; Sanseverino-Godfrin, 2012 ; Diallo, 2014) et sur les travailleurs (Champoux et Brun, 1999 ; Gollac et Volkoff, 2006 ; Bernier, Dupuis, Fontaine, Vultur et Provencher, 2014 ; Zan Bi, 2014). Il ressort de la littérature que la responsabilité du corps médical dans la précarité des systèmes de prévoyance et de protection des travailleurs, victimes d'ATMP, n'est pas suffisamment documentée et laisse libre cours à des témoignages qui, plutôt que de l'éclairer, l'obscurcissent. La présente étude est initiée pour tenter de corriger cette insuffisance.

A la réalité du terrain, le registre des ATMP, bien que cadré par la législation du travail (Code de prévoyance sociale, 1999 ; Code du travail, 2015 ; Constitution, 2016), présente quelques difficultés qui mettent à mal l'épanouissement des travailleurs. Plus spécifiquement, il est fréquent de constater la responsabilité des centres de santé (personnel de santé) dans les échecs en matière de prise en charge médicale des travailleurs, victimes d'ATMP. A juste titre, le Bureau International du Travail (2015) déclare que 2,2 millions de travailleurs dans le monde meurent tous les ans dans le cadre de leur travail, soit 5000 personnes par jour. En Côte d'Ivoire, la CNPS enregistre en moyenne 8000 accidents du travail par an (Ministère d'Etat, Ministère de l'Emploi, des Affaires Sociales et de la Formation Professionnelle, 2015). Ces chiffres semblent induire une insécurité en situation de travail, d'une part ; et montrer le rôle important que doit jouer le corps médical dans l'avènement d'une société de travailleurs épanouis, d'autre part. Ces quelques considérations traduisent bien des formes insidieuses que peut prendre la précarité de la prise en charge médicale de ces travailleurs. Cette précarité constitue une réalité protéiforme pour laquelle nous disposons encore que de très peu d'informations. Cependant, à y voir de près, il en résulte l'inobservation, par le personnel soignant, des principes indispensables à l'exercice médical (Yéo, 2008), entraînant en substance des invalidités et des pertes en vie humaine.

De telles dysfonctions interrogent, à bien des égards, le champ criminologique en ces termes :

- Les pratiques inadaptées du personnel exerçant dans les établissements de santé expliquent-elles la précarité de la prise en charge médicale des ouvriers et employés des entreprises privées, victimes d'ATMP ?
- La précarité de la prise en charge médicale des ouvriers et employés du privé, victimes d'ATMP, est-elle liée à des facteurs extérieurs aux consciences individuelles exerçant dans les établissements de santé ?

L'étude a pour objectif de décrire, expliquer et comprendre l'échec de la prise en charge médicale des ouvriers et employés du privé, victimes d'ATMP, en lien avec les agissements du personnel des établissements de santé.

L'hypothèse générale, qui se dégage, se présente comme suit : La précarité de la prise en charge médicale des ouvriers et employés du privé, victimes d'ATMP, est à la fois la résultante d'actions consciemment voulues par le personnel des établissements de santé, et de facteurs qui échappent à sa responsabilité.

Dès lors, le cadre opératoire qui en découle répond à une structuration de l'hypothèse autour de deux variables : Précarité de la prise en charge médicale (variable dépendante) et Logique d'actions des établissements de santé (variable indépendante). La variable dépendante traduit les difficultés liées aux soins octroyés aux travailleurs concernés. Elle est la résultante de la variable indépendante qui induit l'ensemble des pratiques inadaptées qui sont opérées par le personnel des établissements de santé. Ces actions sont internes aux consciences de ces acteurs : Incompétences du personnel de santé, Appât du gain facile (recherche exclusive de profits au détriment de la santé du patient), Sentiment de toute puissance du personnel de santé, Insuffisance des ressources de fonctionnement. Elles sont également externes aux consciences du personnel de santé : Inexistence d'un système de contrôle du personnel de santé, Laxisme des autorités de tutelle, Vulnérabilité des patients due à leur statut d'ouvriers et employés (ignorance de leurs droits, peur de dénoncer des pratiques peu recommandables, précarité sociale...), Non respect des consignes du personnel de santé, Non respect des engagements de la part de l'employeur, Non respect des engagements de la part de la CNPS, Passivité de l'inspection du travail et des lois sociales.

Le choix du constructivisme (Delcourt, 1991 ; Vellas, 2003) amène à concevoir l'objet d'étude, comme la résultante de déterminants sociaux extérieurs aux acteurs des établissements de santé et la conséquence de paramètres subjectifs.

II. METHODOLOGIE

1. Terrain d'étude

La ville d'Abidjan délimite le terrain investi par l'étude. Cette ville a été retenue comme site de recherche du fait de son statut de capitale économique, dont l'importante concentration en entreprises privées (Avice, 1951 ; Borremans, 1986 ; Chambre de Commerce et d'Industrie de Côte d'Ivoire, 1996) n'est plus à démontrer.

2. Population d'enquête

L'étude s'est intéressée à l'ensemble des acteurs concernés par la prise en charge médicale des ouvriers et employés des entreprises privées. Ces acteurs relèvent des catégories suivantes :

- « *Catégorie acteurs d'institution de prévoyance sociale* » : il s'agit du personnel de la CNPS. Ces acteurs ont en charge l'organisation de la protection que la Côte d'Ivoire accorde à ses travailleurs du privé. Ils traitent du recouvrement des cotisations sociales des employeurs et de la liquidation des prestations (ATMP) aux travailleurs salariés du secteur privé.
- « *Catégorie travailleurs des établissements de santé* » : c'est l'ensemble du personnel des services de santé internes aux entreprises, des hôpitaux et cliniques qui traitent de la prise en charge médicale des travailleurs du privé, victimes d'ATMP. Les investigations auprès de cette catégorie ont permis de situer les responsabilités dans l'échec de la prise en charge étudiée.
- « *Catégorie employeurs* » : c'est l'ensemble des hiérarques des entreprises privées basées à Abidjan. Il s'agit de l'ensemble des chefs d'entreprises ou de leurs représentants, qui s'occupent des questions de prise en charge médicale des travail-

leurs, victimes d'ATMP. Les avis de ces acteurs ont contribué à cerner la politique des entreprises privées, en matière de cette prise en charge.

« *Catégorie ouvriers et employés* » : elle fait allusion à l'ensemble des travailleurs, victimes d'ATMP, ainsi que des syndicats de travailleurs des entreprises privées concernées par cette prise en charge médicale. Le choix de cette catégorie s'explique par le fait que c'est elle qui vit au quotidien les réalités investies par la recherche.

3. Échantillon

La technique de l'échantillon par choix raisonné a été exploitée. Cette technique a cette particularité de se reposer sur le jugement du chercheur qui fait le tri des individus à intégrer dans l'échantillon. En termes plus précis, la technique de l'échantillon par « *choix raisonné amène à sélectionner des individus "moyens" que l'on déclare représentatifs d'un groupe. Représentatif signifie ici "typique", "exemplaire"* » (N'Da, 2015).

Les individus, répartis suivant les précédentes catégories (acteurs d'institution de prévoyance sociale, travailleurs des établissements de santé, employeurs, ouvriers et employés), ont été interviewés. Ainsi, 1 individu (cadre de la CNPS) a-t-il été retenu pour investir la catégorie « *acteurs d'institution de prévoyance sociale* ». Pour ce qui est des travailleurs des établissements de santé, nous en avons pu interroger 3. Nous nous garderons de les nommer pour respecter certaines contraintes du terrain. La distribution des enquêtés des catégories « *employeurs* » et « *ouvriers et employés* » a été faite suivant une adaptation à la taxonomie classique de Colin (1947) : secteurs primaire (agriculture et industries extractives), secondaire (industries manufacturières) et tertiaire (commerce et industries des services) ; avec un choix délibéré de quelques branches d'activités. Le tableau ci – dessous nous en fournit des détails :

TABLEAU N°1 : *Descriptif de l'échantillon d'enquête des catégories « employeurs » et « ouvriers et employés »*

SECTEURS D'ACTIVITES	BRANCHES D'ACTIVITES	ENTREPRISES ENQUETES	NOMBRE D'EMPLOYEURS OU REPRESENTANTS D'EMPLOYEURS ENQUETES	NOMBRE D'OUVRIERS ET EMPLOYES ENQUETES
SECTEUR PRIMAIRE	Agriculture	AGRIFOR	1	3
SECTEUR SECONDAIRE	Bâti-ments et travaux publics	CHINA HARBOUR ENGINEERING COMPANY	1	10
	Industrie alimentaire	AÏRONE - CI	1	10
	Industrie textile	UNIWAX	1	10
SECTEUR TERTIAIRE	Entretien ou salubrité publique	CLEAN BOR-CI	1	4
	Transport	SOTRA	1	14
EFFECTIF TOTAL			6	51

Il ressort de ce tableau que 6 employeurs et représentants d'employeurs, 51 ouvriers et employés (issus de 6 entreprises) se sont prêtés à nos interrogations. Les données de l'échantillonnage se matérialisent à travers la présentation suivante :

TABLEAU N°2 : *Synthèse des données de l'échantillonnage*

CATEGORIES D'ENQUÊTES	EFFECTIF DE L'ECHANTILLON
ACTEURS D'INSTITUTION DE PREVOYANCE SOCIALE	1
TRAVAILLEURS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	3
EMPLOYEURS	6
OUVRIERS ET EMPLOYES	51
EFFECTIF GLOBAL	61

Au total, nous disposons d'un effectif de 61 enquêtés, dont les avis ont permis de favoriser la construction et la compréhension de l'objet à l'étude.

4. Méthodes de recherche

Nous avons retenu deux types de méthodes. Il s'agit de la méthode fonctionnaliste et de la méthode dialectique.

La méthode fonctionnaliste est une démarche qui consiste à saisir une réalité par rapport à la fonction qu'elle a dans la société ou par rapport à son utilité. Cette méthode a permis de constater la façon dont les structures et individus, soumis à l'étude, fonctionnent dans le système social auquel ils appartiennent (Merton, 1957). Elle a su nous révéler l'étendue des responsabilités de chaque acteur concerné par la prise en charge médicale des travailleurs du privé, victimes d'ATMP. Elle a également permis de comprendre la fonction de ces acteurs, dans le sens du maintien de cette prise en charge, dans une situation de précarité.

La méthode dialectique, ou encore appelée « *recherche des contradictions* », est une démarche qui part de l'idée de contradictions dans la réalité sociale elle-même (N'Da, 2006). Cette méthode postule que le sens profond des phénomènes se cache dans ces contradictions. Elle nous a permis de privilégier l'analyse des rapports sociaux, des acteurs concernés par l'étude, sous leurs multiples angles et de démêler ces angles les uns par rapport aux autres sous l'éclairage de leurs contradictions (Gingras, 1993). Cette méthode a aidé à la construction de liens entre des éléments qui semblaient séparés, éparpillés, voire incompréhensibles. C'est tout l'intérêt de cette méthode, car elle nous a permis d'envisager l'objet d'étude comme une entité en mouvement et produit d'une interaction (Debruyne, 1974).

De plus, notre démarche a substitué à la vision catasopique (intérêt accordé aux décideurs) des travaux présentés dans la revue de littérature, une vision anasopique (intérêt accordé aux travailleurs, victimes d'ATMP), car les seules personnes habilitées à définir une situation de prise en charge médicale comme problématique et à requérir l'intervention de l'Etat étant les personnes concernées et victimes : les ouvriers et employés des entreprises privées à Abidjan.

5. Instruments de recueil des données

Pour les fins de la collecte de données, nous avons eu recours à l'usage de trois techniques que sont :

- La documentation : elle a consisté à la prise en compte des écrits théoriques et empiriques se référant à l'étude (Becker, 2002). Elle a été dominante, voire exclusive, dans les travaux de compilation issus d'internet, d'ouvrages, de rapports, de brochures...
- L'enquête – interrogation : en pratique, cette modalité d'actions a été ponctuée de questionnaires et d'entretiens. Des questionnaires ont été administrés à quelques enquêtés (catégorie ouvriers et employés) pour dégager statistiquement des tendances, susceptibles de rendre compte de l'objet à l'étude. L'usage de cet outil a été prenant pour obtenir des données auprès d'un effectif important d'enquêtés (N=51). Il a été principalement composé de questions fermées avec des choix de réponses prédéterminées, pour permettre que les données numériques puissent facilement être agrégées et donner une signification aux variables étudiées (Pourtois et Desmet, 1997). Cette opération s'est construite autour de quelques unités de sens [description de la prise en charge

médicale, représentation (perception) faite par les acteurs, points forts et points d'efforts, obstacles rencontrés, facteurs explicatifs]. L'usage d'entretiens a permis aux enquêtés, toutes catégories confondues, de nous entretenir longuement sur des préoccupations qui ont suscité des réactions insoupçonnées. L'entretien semi-dirigé [focus group (5 à 10 enquêtés) ou en mode individuel] a été choisi comme instrument de collecte des données, afin de permettre aux participants de raconter leurs expériences. Cet outil a laissé aux interviewés la latitude de rediriger les échanges, lorsque la nécessité était avérée ; tout en les laissant avoir une maîtrise sur les thèmes couverts (Blanchet et Gotman, 1992). L'entretien s'est structuré autour des points suivants : cadre réglementaire et description de la prise en charge médicale, représentation (perception) faite par les acteurs, points forts et points d'efforts, obstacles rencontrés, facteurs explicatifs, conséquences, propositions de mesures. Cela a permis d'avoir une compréhension complète de l'objet d'étude, fournir un portrait exact de la réalité telle qu'elle est vécue par les acteurs (Beaud et Weber, 1997), identifier les obstacles et leurs facteurs explicatifs, évaluer les conséquences de ces obstacles et surtout faire des préconisations.

L'usage de ces instruments de recueil des données a suscité une triangulation qui a permis de valider et d'avoir des informations diverses, complémentaires et éventuellement une compréhension plus holistique et plus atomistique des difficultés liées à la prise en charge à l'étude ; en fournissant des contrôles de validité inter-données (Angers, 1996).

- L'observation : des occasions de rencontre des travailleurs (dans leur environnement professionnel) ont été envisagées, pour être témoin de la manifestation de l'objet d'étude. Cette technique a aidé à enregistrer « *de visu* » et « *in situ* » des données à partir de situations ou comportements des acteurs (difficulté des ouvriers et employés à bénéficier de soins de qualité, type d'accueil du personnel de santé...). Elle a aidé à confirmer ou à infirmer les données obtenues par les précédentes techniques. En pratique, l'observation a eu le mérite de nous introduire dans l'organisation des entreprises et des centres de santé, avec pour objectif d'en comprendre les articulations susceptibles d'éclairer l'objet d'étude, et avec la précaution de ne pas les perturber dans leur déroulement (De Ketele et Roegiers, 1991 ; Combessie, 1996).

6. Modes d'analyse des données

Les modes d'analyse des données ont porté sur l'analyse qualitative et l'analyse quantitative.

Au travers de l'analyse qualitative, l'étude a privilégié le point de vue des sujets interviewés. Elle a accordé l'importance aux interprétations que les enquêtés ont données aux événements qu'ils vivent (Deschamps, 1993). Cette variante de l'analyse des données a permis de décrire l'univers perceptuel des acteurs vivant l'expérience de la précarité de la prise en charge médicale des ouvriers et employés du secteur privé. C'est dire tout l'intérêt de notre démarche de se contenter de connaître le phénomène étudié sous l'angle des personnes qui le vivent.

De plus, pour la mise à l'épreuve des hypothèses, le test d'hypothèse non paramétrique, le Khi deux de Pearson a été utilisé. Il induit l'analyse quantitative de type descriptif et inférentiel, pour comprendre les récurrences sociales qui structurent l'objet à l'étude.

III. RESULTATS

Trois unités de sens structurent les résultats : Généralités sur la prise en charge médicale des travailleurs du privé, victimes d'ATMP ; Etude des obstacles liés à la prise en charge médicale des travailleurs et Conséquences des obstacles et propositions de solutions.

1. Généralités sur la prise en charge médicale des travailleurs du privé, victimes d'ATMP

1.1. Cadre réglementaire

Les questions de prise en charge médicale des travailleurs sont suffisamment réglementées en Côte d'Ivoire. La constitution (2016), en son article 9, précise : « *Toute personne a (...) droit à un accès aux services de santé* ». Plus spécifiquement, selon l'article 43.1 du Code du travail (2015), « *tout employeur doit assurer un service de santé au travail au profit des travailleurs qu'il emploie* ». L'article 82 de la Convention collective interprofessionnelle (1977) insiste également sur le déploiement obligatoire d'un service médical ou sanitaire au bénéfice des travailleurs. C'est dire l'existence d'un cadre réglementaire s'inscrivant dans la dynamique de la prise en charge médicale de ceux-ci.

1.2. Présentation des acteurs concernés par la prise en charge médicale des travailleurs

1.2.1 Acteurs externes à l'entreprise

Il s'agit du Ministère de l'Emploi et de la Protection Sociale, du Comité technique consultatif pour l'étude des questions intéressant la santé et la sécurité au travail, de l'Observatoire national des accidents de travail et des maladies professionnelles, de l'Inspection de la santé et sécurité au travail, de la CNPS et de la Médecine du travail.

Le Ministère de l'Emploi et de la Protection Sociale est le Ministère de tutelle qui a en charge les questions liées à la protection des travailleurs concernés par l'étude. Il dispose d'administrations du travail et des lois sociales pour assurer cette mission sur le terrain. Le Comité technique consultatif pour l'étude des questions intéressant la santé et la sécurité au travail, comme son nom l'indique, s'intéresse aux questions liées à la santé et à la sécurité au travail (Article 71.6 du Code du travail). L'Observatoire national des accidents de travail et des maladies professionnelles, créé par Décret N°2013-555 du 05 Août 2013, a pour attribution de statuer plus spécifiquement sur les questions liées aux ATMP. La révision de la liste des maladies professionnelles, les critères de qualification d'un accident de travail sont, entre autres attributions, celles qui engagent cet observatoire. L'Inspection de la santé et sécurité au travail est visée par le Code du travail par les articles 91.15 à 91.21. Elle fait partie de l'administration du travail et dispose de spécialistes en santé et sécurité au travail, notamment les médecins inspecteurs du travail. Les questions relatives à l'hygiène et à la protection de la santé des travailleurs, au fonctionnement des services médicaux ou sanitaires des entreprises... engagent la responsabilité de cette inspection. Rappelons que la CNPS a pour mission la ges-

tion du régime obligatoire de prévoyance sociale des travailleurs du secteur privé et assimilés qui comprend, entre autres branches, celle des ATMP. La Médecine du travail conseille l'employeur, les salariés et leurs représentants, en matière de prévention des risques professionnels. Elle peut être employée par les entreprises les plus importantes, mais pour la majorité des entreprises elle travaille dans un service de santé au travail interentreprises. Sa mission principale est la surveillance médicale du personnel en vue de la détermination de l'aptitude médicale au poste de travail. La médecine du travail est également saisie pour les questions de préventions et de traitements des ATMP. Son expertise est aussi requise pour la mise en œuvre d'un Comité de Santé et Sécurité au Travail (CSST). Quelques textes comme l'article 43.1 du Code du travail, relatif au service de santé au travail ou le Décret N°96-198 du 7 Mars 1996, portant conditions de suspension du contrat, pour maladie du travailleur situent l'importance de cette fonction.

1.2.2 Acteurs internes à l'entreprise

En ce qui concerne les acteurs au sein de l'entreprise, il sera fait mention des organisations syndicales, des délégués du personnel, des représentants du personnel au CSST et des employeurs.

Le fonctionnement des organisations syndicales et représentations des travailleurs est prévu par le Code du travail en ses titres V et VI, pour servir de contrepoids aux actions des employeurs. Les syndicats professionnels ont exclusivement pour objet l'étude et la défense des droits ainsi que des intérêts matériels et moraux, tant collectifs qu'individuels, des personnes, professions ou entreprises visées par leurs statuts. Les délégués du personnel sont, entre autres missions, chargés de présenter aux employeurs toutes les réclamations individuelles ou collectives qui n'auraient pas été satisfaites concernant la protection des travailleurs, y compris leur état de santé. Ils ont le devoir de saisir l'inspection du travail et des lois sociales de toute plainte ou réclamation concernant l'application des prescriptions légales et réglementaires, dont elle est chargée d'assurer le contrôle. Les représentants du personnel au CSST est l'institution représentative du personnel chargée de la sécurité et de la santé au travail. Elle est obligatoire dans les entreprises de 50 salariés et plus. Le CSST peut être vu comme le contrepoids des pouvoirs de la direction en ce qui concerne la mise en place de mesures liées à la sécurité et aux conditions de travail. Il est présidé par l'employeur ou son représentant, comporte une délégation du personnel proportionnel à l'effectif, et est assisté du médecin du travail. Il a pour missions de contribuer à la protection de la santé physique et mentale (y compris la pénibilité au travail) et de la sécurité des travailleurs de l'établissement, et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure. Les employeurs, quant à eux, sont porteurs du mandat social de l'entreprise. Comme tel, ils se doivent d'assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de leur personnel. Pour cela, ils mettent en place une organisation et une planification de la prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail dans toutes les activités de l'entreprise à tous les niveaux de la hiérarchie. En cas d'ATMP, la responsabilité civile de l'employeur envers son salarié est automatique.

1.3. Etat des lieux en matière de prise en charge médicale

Deux situations sont caractéristiques de la prise en charge médicale des travailleurs. Elle est soit inexistante ou existante dans les entreprises étudiées.

1.3.1 Prise en charge médicale inexistante

Cette situation a été observée auprès de deux entreprises (CLEAN BOR-CI et AGRIFOR), dont les dirigeants ne font pas rupture de leur franche hostilité à l'égard de la santé des ouvriers et employés. Ceux-ci ne sont pas déclarés à la CNPS et ne bénéficient d'aucune prise en charge en cas d'ATMP. A la réalité, ces travailleurs sont livrés à eux-mêmes.

1.3.2 Prise en charge médicale existante

Si au sein de certaines entreprises, la question de la prise en charge médicale des travailleurs, victimes d'ATMP n'est pas une réalité, chez d'autres c'est bien le contraire. Les entreprises comme AÏRONE – CI, SOTRA, CHINA HARBOUR ENGINEERING COMPANY et UNIWAX disposent d'un système de prise en charge médicale de leurs travailleurs. Elles sont dotées de centres médicaux dans lesquels officie un personnel de santé (médecins, infirmiers, aides-soignantes). Ces centres apportent les premiers soins aux travailleurs malades ou accidentés et servent d'interface entre les entreprises et les cliniques ou hôpitaux conventionnés, qui poursuivent les actions de prise en charge. L'existence de cette prise en charge est souvent présentée comme la conséquence de la déclaration des travailleurs à la CNPS, de la présence de syndicats et d'autres institutions de représentations du personnel.

2. Prise en charge médicale des travailleurs : Etude des obstacles

97,16% des répondants de la catégorie « *ouvriers et employés* » déclarent être insatisfaits de leur prise en charge médicale. Cela est évocateur des réelles difficultés qui font échec à la réussite de cette dernière. Les études menées ont permis de lier ces défaillances aux personnels des établissements de santé, d'une part ; et d'autre part, à des réalités extérieures à leur champ de compétences. Mais avant, il serait loisible de connaître ces obstacles.

2.1. Manifestations des obstacles

Il ressort de cette étude que la prise en charge médicale des ouvriers et employés rencontre beaucoup de difficultés en lien direct avec les acteurs exerçant dans les centres de santé. Les investigations menées auprès des 51 enquêtés, victimes d'ATMP, présentent des données synthétisées dans le tableau suivant :

TABLEAU N°3 : *Expression des difficultés liées à la prise en charge médicale des ouvriers et employés, victimes d'ATMP*

PARAMETRES OBSERVABLES DES ECHECS DE LAPRISE EN CHARGE	EFFECTIF EN TERMES D'OCCURECE DES PARAMETRES	FREQUENCE D'OC-CURRENCE DES PARAMETRES (%)
Surfacturation des prestations	31	60.78
Mauvais accueil du personnel soignant	50	98.04
Divulgateion des secrets tenant à l'intimité des patients	44	86.27
Procédures de prise en charge contraignantes	27	52.94
Désintérêt des patients	42	82.35
Cadre physique défavorable (bruit, manque d'hygiène, toilettes mal tenues insuffisance ou inconfort des lits, chaleur, odeur nauséabonde...)	47	92.16
Erreur dans les traitements (mauvais diagnostic et pronostic)	46	90.20
Indisponibilité du personnel soignant	50	98.04
Dissimulation des médicaments	43	84.31
Non respect des patients et de leurs accompagnants	45	88.23
Inexistence de bons de réduction	45	88.23
Abstention volontaire de prodiguer des soins de qualité	46	90.20
Insuffisance du matériel de travail	51	100.00
Création de maladies inexistantes	47	92.16
Absence de communication	47	92.16

Cette présentation est illustrative de la manifestation des difficultés liées à la prise en charge médicale des ouvriers et employés (N=51), victimes d'ATMP dans 6 entreprises privées à Abidjan. Les enquêtés avaient la possibilité de faire plusieurs choix pour particulariser l'échec de cette prise en charge. Il en ressort une forte occurrence des paramètres suivantes : Insuffisance du matériel de travail (51 : 100%), Mauvais accueil et Indisponibilité du personnel soignant (50 : 98.04%), Création de maladies inexistantes, Absence de communication et Cadre physique défavorable (47 : 92.16%), Abstention volontaire de prodiguer des soins de qualité et Erreur dans les traitements (46 : 90.20%), Divulgateion des secrets tenant à l'intimité des patients (44 : 86.27), Non respect des patients et de leurs accompagnants et Inexistence de bons de réduction (45 : 88.23%), Dissimulation des médicaments (43 : 84.31), Désintérêt des patients (42 : 82.35%).

La surfacturation des prestations (31 : 60.78%) et les procédures de prise en

charge contraignantes (27 : 52.94%) présentent des distributions les moins affirmées, en comparaison aux autres. Cette raison est liée à l'incapacité de quelques enquêtés (N=7) à répondre, en raison de l'inexistence de la prise en charge médicale dans leurs entreprises respectives (CLEAN BOR-CI ou AGRIFOR).

Plusieurs situations corroborent ces données. A UNIWAX, il est fréquent de constater le refus du médecin conseil de dialoguer avec les travailleurs malades sur leur état de santé. Bien plus encore, les figures syndicales de cette entreprise ne cessent de revendiquer une gestion fluide des fonds, constitués en partie par des prélèvements « élevés » (20 000 FCFA) sur le salaire mensuel des travailleurs. « *Point de bilan ! Et les démarches engagées pour corriger cette injustice sont restées lettre morte* », comme le soutient K.N, un ouvrier de cette industrie textile.

A AÏRONE CÔTE D'IVOIRE, une entreprise spécialisée dans la cuisson, la transformation, la conserverie ainsi que l'export de poissons thons, le dispositif de prise en charge médicale des ouvriers et employés est très controversé. G.A.J est une ouvrière dans cette entreprise depuis le 03 Avril 1999. En 2006, elle exerçait au service parage (service chargé de nettoyer le poisson). « *Je grattais le poisson et une arête m'a piquée au doigt. Ce doigt s'est enflé. Je me suis rendue au centre de santé de l'entreprise, pour rencontrer l'infirmière. Elle m'a simplement mise de l'alcool et du sparadrap sur le doigt. Elle a répété ce semblant de soins tout le temps. Vu que mon mal ne cessait de s'empirer, j'étais obligée de me prendre moi-même en charge. Aujourd'hui, je traîne les séquelles de ce mal.* » Cette invalidité a été la cause de sa mutation à la buanderie, où elle s'est cassée un autre doigt le 07 Avril 2017, coincé dans un placard de rangement. Depuis lors, rien n'y fit pour lui permettre de recouvrer la guérison.

C'est également le cas d'une autre ouvrière chargée de parer le poisson, qui a ressenti des douleurs dans ses articulations. Remarquons que le parage du poisson exige que ces ouvrières s'arrêtent du matin jusqu'au soir. Vu l'intensité des douleurs, elle a bravé sa hiérarchie qui lui exigeait de travailler à tout prix, pour se rendre au centre médical de l'entreprise. Moins qu'une réelle prise en charge médicale, il lui a été donné de prendre seulement des paracétamols. Elle a quitté les lieux de l'entreprise et le lendemain à 6h du matin, elle a été retrouvée sans vie chez elle.

Cette négligence des agents de santé à l'endroit des travailleurs de cette entreprise, victimes d'ATMP, se particularise dans bien d'autres situations. Les propos de B.K, un employé, sont éloquentes : « *Richard a été victime d'une fracture. Il a été signifié au médecin-conseil de l'entreprise qu'il soit affecté dans un service où il doit fournir moins d'efforts. Contre toute attente, ce travailleur a été affecté au parage, pour donner les poissons aux ouvrières. Cette mise à disposition du poisson aux ouvrières exige quotidiennement le port de lourdes charges. A l'heure actuelle, son état de santé laisse à désirer* ». L'enquêté poursuit son témoignage en ces termes : « *Gozé a travaillé au service entretien pendant une quinzaine d'années. Le travail d'entretien, qu'il réalisait, consistait au lavage des pots qui devraient contenir les poissons. Cela le mettait directement et en contact permanent avec des produits chimiques. Aujourd'hui, il a la tuberculose et ne bénéficie d'aucune attention du centre médical interne. A cela s'ajoute l'indisponibilité de Dr. E.F, médecin-conseil de l'entreprise, qui soutient ceci : « Je reçois 15 malades tous les deux jours, pas plus ! »* et cela, pour un effectif de plus de 800 travailleurs. A la réalité, « *le malade doit être présent sur les lieux à 5h30, pour y déposer son badge et espérer être parmi ces 15 personnes à prendre en charge* », comme le fait observer M.P.

La responsabilité des services de santé dans la défaillance de la prise en charge médicale des ouvriers et employés, victimes d'ATMP, se fait également remarquer à la SOTRA. « *A la SOTRA, la plupart des machinistes sont malades (...). Toute forme de prise en charge médicale est faite au détriment des travailleurs. On souffre le martyr ici. Si vous donnez le micro aux travailleurs, 90% de ces travailleurs vous diront qu'ils souhaiteraient partir* ». Tels sont les propos de B.A, machiniste à Koumassi, pour introduire l'étendu de l'échec de cette prise en charge.

A la réalité, selon R.T, un enquêté (catégorie ouvriers et employés) justifiant 26 ans d'ancienneté : « *Depuis 2011, une seule maladie professionnelle a été déclarée pourtant ces cas de maladies sont légion dans cette entreprise* ». « *Parfois, je me demande si l'entreprise ne perçoit pas quelque chose de la part de la CNPS, du fait de son inaction dans la prise en charge des ATMP* », s'interroge S.T une figure syndicale de cette société de transport.

Plusieurs cas témoignent des difficultés de cette prise en charge. Au nombre de ces cas, figure celui d'un machiniste qui a été agressé à la machette lorsqu'il était en service à Abobo. Perdant du sang, la victime a été transportée au service médical de l'entreprise vers 7h. Après plusieurs atermoiements de ce service, ce n'est qu'aux environs de 11h (soit 4heures de temps de souffrance supplémentaire endurées) qu'elle a été prise en charge.

Des machinistes (en contact permanent avec les passagers), qui sont atteints de problèmes dermatologiques (varicelles, champignons...), sont des laissés-pour-compte. En dehors des maladies liées à la peau, ces travailleurs rencontrent d'autres maux liés aux articulations et qui sont la conséquence de la « *périlleuse* » conduite des autobus. Certains d'entre eux ont suivi des démarches, à l'effet de bénéficier de soins appropriés. Cependant, ils sont freinés dans leur élan par des mécanismes qui dépassent leur entendement, comme le traduit en substance un machiniste vivant ces difficultés : « *Quand on va dans les cliniques, la plupart des médicaments pour traiter les troubles musculo-squelettiques (arthroses, lombarthroses et gonalgies) ne passent pas sur le bon. Pourtant, tous les machinistes conduisant les bus "TATA" souffrent de ces maux* » et sont également livrés à eux-mêmes. Actuellement, des actions sont entreprises par ces travailleurs avec les syndicats (SYNTRAS), pour susciter leur prise en charge médicale.

Par ailleurs, pour les rares travailleurs pris en charge, des cas de maladies imaginaires sont constatés. On pourrait citer l'exemple d'un ouvrier qui a uniquement été opéré d'une hernie dans une clinique privée conventionnée. Le rapport médical établi et mis à la disposition du service médical de l'entreprise a fait état, en plus de l'opération de cette hernie, d'une autre opération liée à une appendicite. Pourtant, il n'en était rien selon les dires du travailleur.

Dans une autre clinique privée, il a été fait cas d'un ouvrier victime de lésions traumatiques d'une articulation résultant de sa distorsion brutale, avec étirement (*foulure*) des ligaments du pied. Vu les résultats de la radiographie, le médecin-conseil de la SOTRA a recommandé au médecin-traitant de ne faire aucune opération chirurgicale, parce qu'il n'y a pas de fracture. Celui-ci a fait l'opération qui a été facturée à 1 800 000 FCFA. « *Un travailleur qui n'a même pas 150 000 F CFA par mois, on lui demande de payer 360 000 F CFA, soit 20% de cette somme* », s'indigne S.T, un employé.

Si ce ne sont pas des doses d'anesthésie très chères et inapplicables sur l'homme qui sont facturées sur les bons de prise en charge d'« *hommes* » malades, ce sont deux jours de traitement de paludisme qui sont facturés à 90 000 F CFA.

Ce qui est indiqué ici, c'est la logique des actions des services de santé à créer des

difficultés aux travailleurs, victimes d'ATMP. Cette situation est également vécue par les ouvriers de CHINA HARBOUR ENGENIEERING COMPANY, une entreprise chinoise en charge de la réalisation de l'extension du Port Autonome d'Abidjan, à Azito. Cette entreprise a une infirmerie en son sein qui ne fonctionne pas pour le bien-être des travailleurs. Selon G.H, un enquêté : « *Seuls les blessés sur le lieu de travail sont pris en compte de manière aléatoire. L'infirmier ne doit ni donner d'ordonnances, ni de repos aux malades* ».

A AGRIFOR, une entreprise agricole, un manoeuvre s'est grièvement blessé en Février 2017. Ses collègues l'ont transporté dans un établissement de santé, dont les agents n'ont manifesté aucun empressement à le prendre en charge. Les accompagnants et leur malade se sont rendus dans un des Centres Hospitaliers et Universitaires pour espérer trouver un bon accueil. Le non professionnalisme du personnel de ce centre (vigile, techniciens de surface, infirmier...) a entamé tout leur espoir. Les médicaments qui disparaissent, la redondance dans les prescriptions de médicaments, la rupture volontairement affichée de stocks des poches de sang, dont « *l'étonnante* » disponibilité est manifeste dès la présentation de quelques billets de banque... sont autant de réalités qui particularisent cet environnement.

A partir des données, matérialisant les difficultés de la prise en charge médicale de ces travailleurs, il a été mené des investigations pour tenter d'expliquer cette logique d'actions des acteurs de ces établissements de santé. Deux groupes de facteurs (intérieurs et extérieurs aux consciences des acteurs) semblent être pertinents à la compréhension de telles attitudes.

2.2. Facteurs explicatifs et échec de la prise en charge médicale

Nous synthétisons les données de l'enquête suivant le tableau ci-dessous :

TABLEAU N°4 : Typologie des facteurs et échecs de la prise en charge médicale des ouvriers et employés victimes d'ATMP

NATURE DES FACTEURS EXPLICATIFS	ECHEC DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE	
	EFF	%
Facteurs exclusivement internes ou exclusivement externes aux consciences du personnel des établissements de santé	11	21.57
Facteurs à la fois internes et externes aux consciences du personnel des établissements de santé	40	78.43
TOTAL	51	100.00

Khi deux très significatif au seuil de 0.05 (16.49) pour 1 ddl (3.84).

Les données du précédent tableau sont construites à partir des situations d'échecs de prises en charge médicales observées auprès des 51 ouvriers et employés, victimes d'ATMP. Notons que les facteurs internes aux consciences du personnel de santé sont les suivants : Incompétences du personnel de santé, Appât du gain facile (recherche exclusive de profits au détriment de la santé du patient), Sentiment de toute puissance du personnel de santé, Insuffisance des ressources de fonctionnement. Quant aux facteurs externes aux consciences du personnel de santé, ils se présentent comme suit : Inexistence d'un système de contrôle du personnel de santé, Laxisme des autorités de tutelle, Vulnérabilité des patients due à leur statut d'ouvriers et employés (ignorance de leurs droits, peur de dénoncer des pratiques peu recommandables, précarité sociale...), Non respect des consignes du personnel de santé, Non respect des engagements de la part de l'employeur, Non respect des engagements de la part de la CNPS, Passivité de l'inspection du travail et des lois sociales.

Même si nous pouvons remarquer que la précarité de la prise en charge médicale des travailleurs est liée « *timidement* » aux facteurs pris isolément (11 : 21,57%), il est important de souligner que les échecs au niveau de cette prise en charge sont plus prononcés (40 : 78,33%) en présence de la combinaison de ces deux facteurs. Toute chose qui valide l'hypothèse de recherche selon laquelle : La précarité de la prise en charge médicale des ouvriers et employés du privé, victimes d'ATMP, est à la fois la résultante d'actions consciemment voulues par le personnel des établissements de santé, et de facteurs qui échappent à sa responsabilité.

3. Conséquences des obstacles et propositions de solutions

3.1. Conséquences

Les conséquences observées sont de trois ordres : au niveau des institutions de l'Etat, sur la situation des entreprises et sur la vie des ouvriers et employés, victimes d'ATMP.

3.1.1. Conséquences sur les institutions de l'Etat

Les difficultés vécues par les travailleurs, dans le cadre de leur prise en charge médicale, les ont amenés à cultiver un sentiment de méfiance à l'égard des institutions de l'Etat. La CNPS et ses centres de santé conventionnés, l'inspection du travail et des lois sociales, ainsi que la médecine du travail ne cessent de perdre du crédit auprès de ces travailleurs. Ceux-ci ne croient plus au caractère protecteur de l'administration, intervenant dans les rapports qu'ils entretiennent avec les employeurs. Les données de l'enquête précisent que 95,07% des répondants de la catégorie « *ouvriers et employés* » ont manifesté leur méfiance à l'égard de ces institutions, en raison soit de leur indifférence, de leur passivité, ou encore de leur partialité qui trahissent plus ou moins leur complicité avec les employeurs, dans l'exécution de leur mission.

3.1.2. Conséquences sur la situation des entreprises

La mauvaise prise en charge des ATMP demeure un gros handicap pour les entreprises. L'absentéisme et le sous effectif qui en découlent sont bien des situations qui fragilisent les leviers d'actions de ces entreprises. La plupart d'entre elles sont menacées d'improductivité, car comme le soutient un des dirigeants d'entreprises,

en ces termes : « *Cette problématique nous fait enregistrer en moyenne 500h d'absence par mois et nous amène à avoir un budget social très important* ». S'en suivent tous les mécanismes d'endettement pour faire face à ces situations.

De plus, on pourrait également noter une perte massive en temps et en ressources financières. Les contrevenances (faites par les entreprises) aux normes sociales, régulant la prise en charge médicale des ouvriers et employés du privé, entraînent une perte en temps et en ressources financières. Les nombreuses convocations en justice épuisent considérablement tous les efforts visant à assurer la pérennité des entreprises. L'importance des sommes d'argent dépensées par les employeurs, pour échapper aux sanctions, est manifeste. Il en est de même pour l'immensité du temps qu'ils mobilisent dans la résorption des problèmes, engendrés par ces attermoiements.

C'est en cela que le chef du personnel d'une entreprise agricole affirme ceci : « *Mon programme du jour se résume à régler les problèmes entre le boss et les travailleurs, m'empêchant de me concentrer sur d'autres activités de mon poste...* » ou encore, « *Des choses qui auraient pu être réglées plus facilement, nous font perdre énormément de temps et d'argent comme cela (...) A cause d'importantes dépenses qu'ont engagées des démarches auprès d'avocats, l'entreprise a du mal à faire face aux besoins salariaux des travailleurs.* ».

A ces réalités, s'ajoutent les mouvements de grèves des travailleurs, ainsi que la baisse de leur rendement. Cette situation de décrépitude sociale ne saurait qu'entraîner une vague de découragement, de motivation des ouvriers et employés à ne plus travailler. Ils viennent au travail par formalité, en attendant d'être recrutés ailleurs. Le temps investi en entreprise, par certains d'entre eux, est souvent consacré à la recherche d'offres d'emplois sur internet (présentisme). Il est clair que la baisse du chiffre d'affaires particularise le bilan financier de ces structures.

3.1.3. Conséquences sur la vie des ouvriers et employés

La première conséquence est physique. 75.21% des travailleurs victimes d'ATMP ont déclaré trainer des séquelles liées à ces mauvais traitements. Certains ont des problèmes de vue (25.12%), d'autres relèvent des douleurs dans les articulations (65.24%) et bien d'autres encore (9.64%) posent des problèmes dermatologiques.

La deuxième conséquence concerne la fragilisation des foyers de ces travailleurs. La situation d'incapacité temporaire de travail est vécue par certains, en étant démunis de toutes ressources financières. Le cas de Y.T, un ouvrier d'une entreprise de salubrité publique, en témoigne : « *Ça fait 10 ans que je travaille dans cette entreprise. Je n'ai jamais été déclaré à la CNPS. Les travaux que nous faisons sont très pénibles, car nous manipulons les ordures sans protection. En 2013, j'ai contracté une maladie pulmonaire qui n'a pas été pris en charge par l'entreprise. Je me suis trouvé dans l'obligation de me traiter à mes propres frais. Durant la maladie et mon état de convalescence qui ont duré 4 mois, je suis resté sans soutien financier de la part de mon entreprise. J'ai survécu grâce à la bonne volonté de mes connaissances.* »

L'impossibilité de scolariser leurs enfants, de leur apporter soins et protection, de les nourrir, de les vêtir... sont également caractéristiques du quotidien de ces travailleurs. Ces situations de précarisation et de vulnérabilité, que connaissent également les enfants de ces travailleurs, demeurent un réel problème de société. Ces enfants, livrés à eux-mêmes parce que délaissés, sont en proie aux vices de tout genre (drogue, prostitution, vol...) pour tenter de s'adapter à la rudesse de la vie.

A côté de ces réalités, on peut enregistrer des cas de perte en vies humaines. Des cas de négligence ou de désintérêt des travailleurs (victimes d'ATMP), par les agents de santé, entraînent des décès. 5 cas de décès ont été enregistrés à AIRONE en moins de 2 ans. A AGRIFOR, 2 travailleurs ont trouvé la mort en Décembre 2016 et Mars 2017.

3.2. Propositions de solutions

Bien que la responsabilité directe du personnel de santé soit établie dans les difficultés liées à la prise en charge médicale des ouvriers et employés, il est important de souligner qu'elles sont également du fait des autres acteurs concernés par la question du travail. Ce constat nous amène à proposer des mesures induisant les obligations de l'Etat à travers ses institutions, des employeurs, des travailleurs et des centres de santé conventionnés. Une telle démarche est nettement appréciée par l'ensemble des enquêtés toutes catégories confondues. Les avis d'un infirmier diplômé d'Etat, exerçant dans la dynamique de cette prise en charge, en sont une illustration : « *La prise en charge médicale des ouvriers et employés, victimes d'accidents de travail et maladies professionnelles, est une affaire de toutes et de chacune des forces vives de l'entreprise, à tous les niveaux* ».

3.2.1. Responsabilité de l'Etat

Il sera demandé à l'Etat de veiller scrupuleusement à l'application des textes de lois qui structurent les rapports entre travailleurs et employeurs. Il en découle l'engagement de la CNPS à susciter auprès des employeurs, la déclaration de leurs travailleurs et à œuvrer avec célérité dans les prestations servies au titre des ATMP.

A l'inspection du travail et des lois sociales, ainsi qu'à la médecine du travail, il leur sera exigé plus d'actions de contrôle des dispositifs internes de prise en charge médicale des entreprises.

3.2.2. Responsabilité des employeurs

La responsabilité des employeurs est engagée, pour faire réussir cette prise en charge médicale. Ils doivent déclarer à temps leurs travailleurs à la CNPS. Ils doivent également doter leurs entreprises de centres de santé, bien équipés en ressources humaines, en ressources matérielles et en médicaments. Les employeurs se doivent aussi de respecter la loi, en déclarant immédiatement les cas de maladies et d'accidents, quelles qu'en soient les circonstances. Les questions de non reversement des cotisations sociales, à la CNPS et aux centres de santé conventionnés, ne doivent plus être au chapitre de leurs pratiques.

3.2.3. Responsabilité des travailleurs

Les enquêtes ont relevé la responsabilité des travailleurs dans les difficultés de leur prise en charge médicale. L'ignorance des textes réglementant cette prise en charge, la peur de dénoncer des pratiques peu recommandables et le non suivi des prescriptions médicales sont quelques caractéristiques qui les particularisent. Toutefois, pour leur assurer une meilleure prise en charge, nous les sensibilisons à la connaissance de leurs droits confinés dans le Code du travail, le Code de pré-

voyance sociale, la Convention collective interprofessionnelle et autres textes *sui generis*. Il leur sera demandé de faire bloc autour de leurs syndicats respectifs pour dénoncer les pratiques qui font échec à cette prise en charge, et demeurer un sérieux contrepoids aux exactions de tous genres qui structurent cet environnement. Pour les rares travailleurs (2.84%) qui bénéficient de prises en charge adéquates, il leur sera conseillé de suivre les consignes données par le personnel de santé.

3.2.4. Responsabilité des centres conventionnés

Toutes les mesures initialement préconisées ne trouveront de sens que devant un personnel de santé acquis à la cause du travail bien fait. « *Le corps médical doit être conscient et soucieux de ce que l'employeur lui a confié de plus cher : l'état de santé de ses travailleurs. Il se doit de bien accueillir les malades et leur prodiguer des soins de qualité* ». En sus de cette exhortation faite par H.G, un enquêté de la catégorie « *travailleurs des établissements de santé* », nous demanderons à l'Ordre des Médecins d'être de plus en plus regardant sur la pratique de cette prise en charge, à l'effet de l'assainir.

IV. DISCUSSION ET CONCLUSION

Les résultats de la recherche permettent d'appréhender les difficultés de la prise en charge médicale des ouvriers et employés du privé, victimes d'ATMP, en lien avec les agissements du personnel des établissements de santé. Cette étude démontre que la précarité de cette prise en charge est à la fois la résultante d'actions consciemment voulues par le personnel des établissements de santé, et de facteurs qui échappent à sa responsabilité. Toute chose qui valide l'objectif et l'hypothèse de recherche. Le choix d'une systématisation (constructivisme) (Delcourt, 1991) qui soit au confluent des théories de types déterministe et actionniste, pour tenter d'appréhender la problématique à l'étude, trouve toute son importance en présence des facteurs internes et externes aux consciences des acteurs et des modes (quantitatif et qualitatif) de traitement de données.

De plus, nous précisons l'intérêt criminologique de la recherche, par la construction d'un mécanisme de régulation en réponse aux contrevenances à la législation du travail (Etat et employeurs), aux normes régissant le corps médical (établissements de santé) et aux formes de marginalisation occasionnées par la maltraitance subie (travailleurs et leurs familles respectives).

Pour plus d'objectivité, l'enquête a pris pour cible les travailleurs subalternes (ouvriers et employés), victimes d'ATMP et de la précarité de cette prise en charge. C'est tout l'intérêt de la démarche anascopique, utilisée pour le recueil des données. Cette option a été faite pour susciter l'authenticité des témoignages vécus. Cette population-cible n'a pas été envisagée par d'autres travaux. Il a été fait mention, avec Arsenaault (1982), que les spécialistes en santé et sécurité au travail, désignés par les parties patronale et syndicale ; ou encore la population des patrons uniquement, avec Champoux et Brun (1999) ont constitué la cible de l'enquête – interrogation. Ce qui confère à ces travaux une certaine limite, quant à l'objectivité de la perception de la santé et sécurité du travail. Il faut ajouter à cette réflexion, l'une des particularités de la recherche à considérer les pratiques des établissements de santé comme facteurs potentialisant les échecs de cette prise en charge médicale.

Ce qui n'a pas suffisamment été abordé par les contributions antérieures.

Toutefois, la pertinence de l'étude pourrait être avérée si elle induisait la compréhension, dans certains cas (2.84%), des mécanismes de réussite de cette prise en charge médicale. Autrement dit, comment dans ces situations problématiques précédemment décrites, bien des établissements de santé parviennent à offrir des traitements efficaces, à ces travailleurs ?

V. BIBLIOGRAPHIE

AUBERT, N. (2013). *Le culte de l'urgence. La société malade du temps*. Paris : Champs essais.

AVENTIN, L. et GUICHAOUA, Y. (1999). « *Qu'attendre des dispositifs de prise en charge médicale des salariés dans les entreprises : l'exemple d'Abidjan* ». In BRUNET-JAILLY J. (Ed.). *Santé en capitales*. Abidjan : CEDA. 223-240.

BARBIER, J.-C., et THERET, B. (2009). *Le système français de protection sociale*. Paris: La Découverte.

BECKER, C. ; DIAKHATÉ, M., et FALL, A. (2008). « *Répartition des ressources et équité dans l'accès à la santé : une reproduction des inégalités?* » In DAFPE G. et DIAGNE A. *Le Sénégal face aux défis de la pauvreté : les oubliés de la croissance* Paris ; Dakar : Karthala ; CRES-CREPOS. 80-107.

BLANCHET, A. ; GOTMAN, A. et DE SINGLY, F. (1992). *L'Enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Nathan Université.

BOUDRA, L. et DELECROIX, B. (2012). Préserver la santé des opérateurs en intervenant à différents niveaux de prises de décisions. L'exemple de la filière du recyclage des déchets d'emballages ménagers. In BEGUIN P. ; PUEYO V. et DES-SAIGNE M.-F. (Eds.). 47^e Congrès de la SELF. *Innovation et Travail : Sens et valeurs du changement*. Septembre. Lyon : France.

BOURGEOIS, F.C.L. et HUBAULT, F. (2006). *Troubles musculosquelettiques et travail : quand la santé interroge l'organisation du travail*. Paris : Editions de L'ANACT.

CAISSE NATIONALE DE PRÉVOYANCE SOCIALE (2013). *Guide assuré social*. Abidjan : République de Côte d'Ivoire.

CARRIN, G. (2001). « *L'Assurance maladie : Un chemin parsemé d'obstacles pour les pays en développement* ». In RAINHORN J. et BURNIER J (Eds.). *La santé au risque du marché : incertitudes à l'aube du XXI^e siècle*. Paris : Nouveaux Cahiers de l'IUED, PUF. 86-109.

CARRIN, G. et JAMES, C. (2005). « *L'assurance maladie sociale : les facteurs clés qui affectent le passage à la protection universelle* ». In *Revue Internationale de Sécurité Sociale*, 58(1). 26-32.

CHAMBRE DE COMMERCE ET D'INDUSTRIE DE CÔTE D'IVOIRE (1996). *Répertoire des entreprises industrielles commerciales et de services*. Abidjan : OCEAN.

CHAMPOUX, D. et BRUN, J.-P. (1999). *Prise en charge de la sécurité dans les petites entreprises des secteurs de l'habillement et de la fabrication des produits en métal*. Québec : Institut de Recherche en Santé et en Sécurité du Travail (IRSST), Rapport R-226.

- COMMISSION DE LA SANTE ET DE LA SECURITE DU TRAVAIL (1993). *Le maintien du lien d'emploi. Pour un prompt et durable retour au travail*. Québec : Rapport annuel d'activités.
- DEBRUYNE, P. (1974). *La dynamique de la recherche en sciences sociales*. Paris : P.U.F, 1^{re} Edition.
- DELCOURT, J. (1991). « *Les problèmes sociaux d'une société à risque* ». In *Recherches sociologiques*. Vol. 22, N°1-2, 1-20.
- DUPRE, M. (2016). *Intégrer les enjeux santé-sécurité-environnement : un programme générateur de tensions*. Saint-Etienne : France. RIODD, Juillet.
- FAVARO, M. (2016). « *Violences au travail : un modèle-cadre pour comprendre et intervenir* ». In *Le Concours médical*. 138 (1), 64-66.
- GINGRAS, F-P. (1993). « *La théorie et le sens de la recherche* ». In GAUTHIER B. (Ed.). *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*. Sillery : Presses de l'Université du Québec. 115-138.
- GOLLAC, M. et VOLKOFF, S. (2006). « *La santé au travail et ses masques* ». In *Actes de la recherche en sciences sociales*. N°163, 4-17.
- GROSJEAN, V. (2004). *Le bien-être et la santé au travail. Position du problème*. Paris : Institut National de Recherche et de Sécurité. NS 241.
- JOLIVET, A. ; VOLKOFF, S. ; CARON, L. ; CASER, F. ; DELGOULET, C. et THERY, L. (2012). *Conditions de travail et seniors : quelques expériences. Connaissance de l'emploi*. N°92, Mai.
- LACHMANN, H. ; LAROSE, C. et PENICAUD, M. (2010). *Bien-être et efficacité au travail, 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*. Paris : Institut National de Recherche et de Sécurité.
- LORIOU, M. (2000). *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*, Paris : Anthropos.
- MEIGNANT, A. (2009). *Manuel d'audit du management des ressources humaines*. Paris : 2^e édition liaisons.
- MIOTTI, H. ; GUARNIERI, F. ; MARTIN, C. ; BESNARD, D. et RALLO, J.-M. (2010). *Préventeurs et politique de prévention en Santé et Sécurité au Travail*. Paris : Afnor.
- N'DA, P. (2006). *Méthodologie de la recherche. De la problématique à la discussion des résultats. Comment réaliser un mémoire, une thèse d'un bout à l'autre*. Abidjan : EDUCI, 3^e Edition revue et complétée.
- N'DA, P. (2015). *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines. Réussir sa thèse, son mémoire de master professionnel, et son article*. Paris : L'Harmattan.
- OUMBA, P. (2006). « *La problématique du travail décent en Afrique à la lumière des normes de l'OIT* ». In *Café socio-anthropologique. Le travail dans tous ses états*. Avril. Yaoundé : Cameroun. 104-125.
- POLEY, Y. et PETIT, J. (2014). « *Représenter* » le travail et les travailleurs. *Le cas d'une mission d'un CHSCT de la SNCF. Diversité des interventions, diversité des populations : quels enjeux, quels défis pour l'ergonomie ?* Montréal : Canada.
- RACHEDI, Y. ; VIDAL-GOMEL, C. ; BONNEMAIN, A. ; BOURDEAU, C. et GEBBA, D. (2009). « *Quelques réflexions pour concevoir des situations capacitantes en ESAT : pour un parcours d'insertion durable* ». VII^e congrès national du GEDER : *Situation de handicap au travail et changements, nouveaux contextes, crises et parcours professionnels durables*. Juin. Paris : France.

RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE (1977). *Convention collective interprofessionnelle*. Abidjan.

RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE (1999). *Code de prévoyance sociale*. Abidjan.

RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE (2015). *Code du travail*. Abidjan.

RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE (2016). *Constitution*. Abidjan.

TRONTIN, C. et BEJEAN, S. (2001). « *La prévention des accidents du travail : risque moral et relations d'agence complexes* ». In *Revue française des affaires sociales*. Vol. 4 (N°4), 157-181.

VEZINA, M. et CHENARD, C. (2011). *Les pratiques de management : un incontournable dans la prévention des risques psychosociaux au travail*. Troisième Congrès francophone sur les troubles musculo-squelettiques (TMS). Echanges et pratiques sur la prévention. ANACT et PACTE, Mai. Grenoble : France.

YEO, A. (2008). « *La problématique de la mise en œuvre de la responsabilité médicale en Côte-d'Ivoire* ». In *Revue Générale de Droit Médical*. N° 28, 229-260.

ZAN, BI-C. E. (2014). *Problématique de la prise en charge sociale des travailleurs des entreprises privées à Abidjan*. Mémoire de Master 2. Abidjan : UFR Criminologie, Université Félix Houphouët-Boigny.

REVUE AFRICAINE DE CRIMINOLOGIE

N° 20 - Juin - 2017

ISSN /1819-0650