



MAI
2021



Vers la santé pour tous en Côte d'Ivoire ?

La Couverture sanitaire universelle
comme enjeu de redéfinition de
l'État et de légitimation du régime

Centre Afrique
subsaharienne

Clément SORIAT

L'Ifri est, en France, le principal centre indépendant de recherche, d'information et de débat sur les grandes questions internationales. Créé en 1979 par Thierry de Montbrial, l'Ifri est une association reconnue d'utilité publique (loi de 1901). Il n'est soumis à aucune tutelle administrative, définit librement ses activités et publie régulièrement ses travaux.

L'Ifri associe, au travers de ses études et de ses débats, dans une démarche interdisciplinaire, décideurs politiques et experts à l'échelle internationale.

Les opinions exprimées dans ce texte n'engagent que la responsabilité de l'auteur.

ISBN : 979-10-373-0359-2

© Tous droits réservés, Ifri, 2021

Couverture : © Niyazz/Shutterstock.com

Comment citer cette publication :

Clément Soriat, « Vers la santé pour tous en Côte d'Ivoire ? La Couverture sanitaire universelle comme enjeu de redéfinition de l'État et de légitimation du régime », *Notes de l'Ifri*, Ifri, mai 2021.

Ifri

27 rue de la Procession 75740 Paris Cedex 15 – FRANCE

Tél. : +33 (0)1 40 61 60 00 – Fax : +33 (0)1 40 61 60 60

E-mail : accueil@ifri.org

Site internet : ifri.org

Auteur

Clément Soriat est docteur en sciences politiques et post-doctorant au Centre population et développement (CePeD) de l'université Paris Descartes). Il est spécialiste des politiques de santé en Afrique. Ses recherches actuelles portent sur les évolutions des politiques de santé en France depuis l'arrivée des trithérapies.

Résumé

À partir d'une enquête de terrain réalisée en Côte d'Ivoire dans le cadre du projet « Faire des politiques publiques en Afrique », l'auteur interroge la genèse de la Couverture sanitaire universelle (CSU) dans le champ de la santé globale et son appropriation en contexte ivoirien. Le processus est mis en perspective avec une socio-histoire plus générale de l'État ivoirien. La CSU, tout en étant partiellement le résultat de l'alignement du pays sur certains standards de la santé globale, fait l'objet d'investissements politiques intenses. Elle est ainsi au cœur du jeu électoral et constitue un engagement majeur d'Alassane Ouattara. Ce dernier cherche en effet à démontrer son action en faveur des populations les plus précaires, restant pour l'heure à l'écart des retombées économiques de la croissance du pays. Ainsi, malgré toutes les limites évoquées dans cet article, la CSU en Côte d'Ivoire semble plus avancée que dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest. Elle est par ailleurs au cœur d'enjeux qui dépassent largement le périmètre de l'espace qui la circonscrit en tant que politique publique. Dans cette perspective, elle devient un observatoire de phénomènes beaucoup plus globaux comme la tentative de restauration de sa légitimité par le régime politique ivoirien ou encore la redéfinition des frontières entre le public et le privé.

Abstract

Based on a field survey carried out in Côte d'Ivoire as part of the research program “Faire des politiques publiques en Afrique”, the author questions the genesis of Universal Health Coverage (UHC) in the field of global health and its appropriation in the Ivorian context. This process is put into perspective with a more general socio-history of the Ivorian state. UHC, while being partially the result of the country's alignment with certain global health standards, is the subject of intense political investment. Thus, it is in the center of the electoral game and constitutes one of Alassane Ouattara's major commitment. The latter seeks to demonstrate its action in favor of the most precarious populations, remaining for the time isolated from the economic benefits of the country's growth. Despite all the limitations discussed in this article, UHC in Côte d'Ivoire appears to be more advanced than in other West African countries. It is also at the heart of issues that go far beyond the perimeter of the space that circumscribes it as public policy. In this perspective, it becomes an observatory of much more global phenomena such as the attempt to restore its legitimacy by the Ivorian political regime or the redefinition of the borders between the public and the private.

Sommaire

INTRODUCTION	6
L'ÉMERGENCE DE LA CMU : FORMULATION ET REFORMULATION D'UNE POLITIQUE IMPORTÉE	9
Genèse du concept de la CSU dans le champ de la santé globale et diffusion en Côte d'Ivoire.....	9
Ivoirisation de la CSU	11
LA MISE EN ŒUVRE DE LA CMU : CONFIGURATIONS DE POLITIQUES PUBLIQUES ET ENJEUX SECTORIELS.....	15
Cadrage formel de la politique.....	15
La CNAM, pierre angulaire d'une configuration éclatée de politiques publiques.....	18
Les acteurs étatiques.....	20
L'influence des bailleurs	22
La place des entreprises privées.....	23
CONCLUSION	26

Introduction

Depuis les années 1970, le processus de design des politiques de santé aux Suds semble fortement déterminé par les aléas de la production conceptuelle liée aux paradigmes de la santé globale. L'idée selon laquelle les enjeux de santé doivent être discutés à une échelle transnationale et donner lieu à des réponses coordonnées et intégrées a eu tendance à renforcer la capacité des acteurs internationaux à influencer les agendas africains en fonction de leurs priorités et des évolutions successives de leurs visions en matière de santé. En particulier, les grandes pandémies, dès lors qu'elles sont perçues comme des menaces pour la sécurité mondiale, donnent lieu à des mobilisations massives d'organisations internationales. De la lutte contre le VIH/SIDA aux développements récents liés à la crise de la COVID-19, les enjeux de santé sont ainsi au cœur des stratégies d'intervention de la communauté internationale aux Suds. Dans les années 1980, ces stratégies ont eu tendance à privilégier des opérations verticales adressant spécifiquement chaque problématique de santé. Depuis les années 2000, elles s'articulent généralement avec une réflexion plus globale sur le renforcement structurel des systèmes de santé. Plus particulièrement, la Couverture sanitaire universelle (CSU) s'est imposée comme norme de référence et semble définir un horizon relativement consensuel d'évolution des politiques publiques de santé dans la plupart des pays du Sud. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la CSU vise à ce « que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers ». Inscrite au titre des Objectifs de développement durable (ODD), la CSU est activement promue par les acteurs internationaux, à tel point que Margaret Chan, alors directrice générale de l'OMS, affirme en 2012 à l'occasion de la 65^e Assemblée mondiale de la santé qu'elle, « constitue le concept le plus efficace que la santé publique puisse offrir ». Évoquée dans la résolution 58A/20 de l'Assemblée, la CSU devient une priorité de politique publique chez les bailleurs de l'aide au développement en 2010, à la suite de la publication du rapport de l'OMS sur la santé dans le monde. Les stratégies ciblées sur les trois grandes pathologies (VIH/SIDA, tuberculose et paludisme) financées massivement par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et le *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR) depuis le début des années 2000 ne sont pas

abandonnées, mais elles s'inscrivent désormais dans une approche plus globale d'accès universel à la santé. Les principes de base en sont la justice sociale, l'équité et le renforcement qualitatif des systèmes de santé et de l'offre de soin.

En contraste avec cette euphorie des milieux de la santé globale, les réactions des populations du Sud sont plus circonspectes. Confrontées aux difficultés récurrentes de leurs systèmes de santé (capacité des infrastructures, formation des personnels, soutenabilité financière des systèmes de soin existants, etc.) et aux inégalités persistantes dans le recours à la médecine dite « moderne » (éloignement d'une fraction importante de la population des structures sanitaires, assurances santé réservées aux rares privilégiés du secteur formel et de la fonction publique, etc.), leur adhésion à la promesse d'une santé pour tous reste timide. Si les États d'Afrique subsaharienne s'approprient globalement les stratégies internationales de promotion de la CSU, ils peinent à convaincre leur population de leur capacité à réformer les systèmes de santé dans ce sens.

En Côte d'Ivoire, le projet de CSU (dénommé Couverture maladie universelle – CMU) est un engagement électoral majeur d'Alassane Ouattara, président de la République depuis 2011. Il semble bénéficier dans ce contexte d'un « portage » politique au plus haut niveau de l'État, comme en témoigne l'enrôlement symbolique et surmédiatisé du Président en tant que premier souscripteur à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) lorsque cette dernière a été créée en 2014. Mais au-delà de cette agitation médiatique qui semble reprendre à son compte l'enthousiasme international évoqué *supra*, quelles sont les perspectives de mise en œuvre de la CMU en Côte d'Ivoire ? Peut-on y voir à l'heure actuelle autre chose qu'un vœu pieux, illustrant les décalages récurrents entre la fabrique et la mise en œuvre de l'action publique ? Que nous apprend la CMU sur la socio-histoire de l'État ivoirien et sur les stratégies de légitimation des élites nationales, mises à mal par une décennie de crises politiques et militaires ? Comment l'affirmation d'un rôle social et protecteur de l'État peut-elle advenir dans un contexte néolibéral favorisant la montée en puissance des opérateurs privés et enjoignant les services publics à démontrer en permanence leur efficacité et leur efficience ? Ces questionnements nous amèneront à faire dialoguer les outils théoriques propres à l'analyse des politiques publiques (APP) avec la sociologie de l'État et la sociologie des élites.

Nous appréhenderons cette réalité par une étude de cas basée sur une enquête de terrain en Côte d'Ivoire conduite en 2018¹. Une trentaine d'entretiens approfondis avait alors été menée principalement à Abidjan avec l'ensemble des parties prenantes impliquées dans la définition et la mise en œuvre de la CSU (acteurs étatiques, entreprises, associations, personnel médical, bailleurs internationaux). Des observations avaient également été réalisées dans des sites d'expérimentation de la mise en œuvre de la réforme (centres d'enrôlement des assurés et centres de santé), complétées par une dizaine d'entretiens informels avec des bénéficiaires ou des Ivoiriens susceptibles de le devenir (chauffeurs de taxi et commerçantes).

Nous reviendrons dans un premier temps sur la formulation de la CMU en tant que politique publique. Nous verrons que cette politique est partiellement le résultat d'un alignement des décideurs ivoiriens sur certaines prescriptions de la santé globale. Pour autant, la recette internationale que représente la CMU est assez rapidement appropriée et retraduite au niveau national. Dans un deuxième temps, nous présenterons les principaux éléments de matérialité nous autorisant à envisager la CMU comme une politique publique à part entière. En particulier, nous nous attarderons sur l'architecture complexe qui s'est structurée autour de cette réforme et qui fait entrer en relation des univers sociaux et politiques extrêmement diversifiés. En nous intéressant à une politique sectorielle particulière, nous alimenterons des questionnements plus généraux sur les processus de compétition et de coopération au sein de l'État, sur le rôle des bailleurs dans la production de l'action publique et sur les collusions entre intérêts publics et privés.

1. Cette enquête a été réalisée dans le cadre du projet « Faire des politiques publiques en Afrique » (FAPPA), porté par Sciences Po Bordeaux/Les Afriques dans le Monde et financé notamment par l'Agence française de développement et le Conseil régional Nouvelle Aquitaine.

L'émergence de la CSU : formulation et reformulation d'une politique importée

La genèse du concept de CSU est un indicateur d'un mouvement plus vaste d'imposition à l'échelle mondiale des débats relatifs à la santé globale, dont nous retracerons les grandes étapes. Nous verrons qu'en Côte d'Ivoire, ces débats font l'objet d'un investissement politique intense, dans la mesure où la CSU est présentée par le pouvoir présidentiel comme un moyen de réactivation de l'État social.

Genèse du concept de la CSU dans le champ de la santé globale et diffusion en Côte d'Ivoire

L'émergence de la thématique de la CSU dans le champ de la santé globale est l'aboutissement d'une longue série d'innovations conceptuelles dont le point de départ peut être situé dans les années 1970, à partir du moment où l'OMS commence à promouvoir l'idée de rendre les soins essentiels universellement accessibles à tous². À cet égard, la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 met l'accent sur les « soins de santé primaire », sur la prévention et sur la « participation des communautés » aux questions de santé. Cette initiative reste globalement au stade de la déclaration d'intention et se heurte à un certain nombre d'obstacles opérationnels, au premier rang desquels l'enjeu financier. En réaction, un ensemble de réflexions se fait entendre sur la nécessité de cibler quelques pandémies qui pourraient donner lieu à des réponses « efficaces » sur la base d'investissements financiers maîtrisés. Walsh et Warren proposent par exemple une focalisation sur la santé maternelle et infantile *via* la promotion de la vaccination ou encore la distribution de traitements antipaludéens³. La proposition est reprise par l'Initiative de Bamako (1987) qui, dans un contexte d'ajustement structurel, instaure par ailleurs le principe

2. D. Kerouedan, « Géopolitique de la santé mondiale. Contours, ambivalences et risques de la notion de « global health » », Leçon n° 1, Cours au Collège de France, 21 février 2013.

3. J. A. Walsh et K. S. Warren, « Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries », *The New England Journal of Medicine*, vol. 301, n° 18, 1979.

du « recouvrement des coûts ». Dès lors, une participation financière des patients au fonctionnement des structures de santé est exigée et la gratuité d'un ensemble de prestations de soins est remise en cause. Ceci a pour conséquence un durcissement du caractère inégalitaire des systèmes de santé dans bon nombre de pays du Sud, avec l'impossibilité pour les groupes sociaux les plus précaires d'accéder à des soins de qualité⁴.

Ce constat est tempéré dans les années 2000 par des investissements financiers considérables de la communauté internationale dans le domaine du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme, qui permettent la réintroduction de la gratuité dans la prise en charge de ces maladies. Paradoxalement, pendant que l'offre de soins s'améliorait dans les services dédiés aux trois grandes pandémies, l'état général des systèmes de santé se détériorait et une grande partie de la population touchée par d'autres pathologies était ignorée des programmes internationaux. Face à un tel constat, les bailleurs de la santé globale effectuent un retour aux fondamentaux de la santé publique que sont la qualité des structures et des prestations de santé, la justice sociale et l'équité, triptyque qui résume parfaitement le concept de CSU présenté en introduction. Ce cadre normatif est activement diffusé par l'OMS, la Banque mondiale et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme⁵ jusqu'à trouver une place de choix parmi les ODD. Il s'est même constitué un réseau transnational spécifiquement consacré à cette question, le réseau Universal Health Coverage 2030, qui se définit de la façon suivante : « UHC2030 is the global movement to build stronger health systems for universal health coverage⁶ ».

La CSU peut ainsi être aujourd'hui considérée comme un référentiel global⁷ qui, par le jeu des incitations financières internationales, oriente les réformes du secteur de la santé à l'échelle mondiale. Sur le continent africain, la plupart des pays l'ont adopté. Ce référentiel s'impose de façon d'autant plus spectaculaire que les bailleurs de la santé ne cessent d'exprimer leur « fatigue » à injecter des sommes considérables dans des programmes verticaux dont,

4. Les questions de santé apparaissent comme révélatrices des inégalités qui structurent les sociétés. En particulier, la santé est un bon moyen de penser les inégalités économiques et les inégalités de genre, qui ont tendance à se renforcer mutuellement. Les femmes en situation de précarité économique sont ainsi celles qui ont le plus souffert de la remise en cause des gratuités.

5. D'un point de vue financier, le Fonds mondial et la Banque mondiale ont annoncé à l'occasion de la sixième Conférence internationale de Tokyo sur le développement de l'Afrique (TICAD VI) de 2016 un investissement de 24 milliards de dollars sur la période 2017-2019 pour accélérer la transition des pays africains vers la CSU.

6. Universal Health Coverage 2030

7. M. Nauleau, B. Destremau et B. Lautier., « En chemin vers la couverture sanitaire universelle. Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé », *Revue tiers-monde*, n° 215, 2013, disponible sur : www.cairn.info.

encore une fois, l'impact sur les systèmes de santé est loin d'être évident. En Côte d'Ivoire, l'OMS a ainsi activement relayé les discours sur les vertus de la CSU et s'est livrée à un plaidoyer auprès des autorités étatiques. Ce plaidoyer s'est notamment traduit par le financement de toute une série d'ateliers de réflexion autour du concept ou encore par l'appui à l'élaboration des documents stratégiques qui incarnent aujourd'hui la « politique nationale » en la matière.

On voit bien ici tout ce que l'inscription de la CMU à l'agenda des responsables politiques ivoiriens doit aux débats qui traversent les arènes de la santé globale. Pour autant, l'adoption de la CSU par les autorités ivoiriennes n'est pas le fruit d'une réaction purement opportuniste. Le processus alimente au contraire des stratégies nationales et fait l'objet d'appropriations dans le cadre de la compétition politique.

Ivoirisation de la CSU

Pour comprendre la façon dont la CSU alimente des jeux politiques locaux, il faut revenir au processus par lequel le régime construit sa légitimité depuis l'indépendance. Devenue colonie française en 1893, la Côte d'Ivoire accède à l'indépendance en 1960. Le pays est alors dirigé par Félix Houphouët-Boigny, qui reste au pouvoir jusqu'à sa mort en 1993. Poursuivant la politique coloniale, Houphouët-Boigny développe le secteur agricole et en particulier les filières café et cacao et insère le pays dans l'économie capitaliste. L'enjeu pour la Côte d'Ivoire est de faire émerger une économie performante ouverte à l'international, tout en maintenant les équilibres socio-politiques locaux.

L'habileté politique d'Houphouët-Boigny le conduit à inventer une sorte de paternalisme politique et à bâtir un compromis social et politique qui fonctionne jusque dans les années 1980. Ce compromis peut être défini de la façon suivante : « en contrepartie de garanties données aux ruraux sur les prix, les débouchés, les intrants et l'amélioration de leur niveau de vie, il est attendu d'eux une totale soumission politique ainsi que la reconnaissance du monopole de l'État-parti et de ses agents sur l'appropriation et la gestion de la rente agricole⁸ ». Le pacte a garanti la stabilité politique lors de la période du « miracle ivoirien », qui se caractérise par « la disponibilité financière, le faste des investissements et, de façon générale,

8. J.-P. Chauveau, « Question foncière et construction nationale en Côte d'Ivoire. Les enjeux silencieux d'un coup d'Etat », *Politique africaine*, n° 78, 2000, disponible sur www.cairn.info.

l'importance des dépenses publiques⁹ ». Il reposait sur une forme de clientélisme alimenté par l'économie du café et du cacao alors florissante¹⁰, économie qui induit par ailleurs un besoin massif de main-d'œuvre étrangère et qui lance le pays sur la voie de l'endettement. Néanmoins, à cette époque, le système garantissait une certaine redistribution des ressources (entre villes et campagnes, élites du Nord et du Sud, etc.) et stabilisait les positions de pouvoir des élites tout en incarnant un principe de solidarité et de cohésion nationale. Ce compromis façonne le lien entre les autorités et la population et se décline concrètement dans le cadre de toute une série de politiques sectorielles. Dans le domaine de la santé, la gratuité est ainsi érigée comme symbole des retombées sociales du « miracle ivoirien » sur la population¹¹. Durant cette période, l'accès aux soins est effectif en Côte d'Ivoire et les dépenses publiques en la matière sont à la hauteur des enjeux. De façon générale, comparativement à la situation socio-économique de la majorité des États de la sous-région, la Côte d'Ivoire apparaît dans les années 1960 et 1970 comme privilégiée. Le pays s'industrialise, avec notamment le développement d'une filière agroalimentaire qui approvisionne largement les marchés de la sous-région. Mais sa prospérité repose surtout sur une économie extravertie et fortement dépendante des exportations et des cours mondiaux du café et du cacao. Quand ces derniers s'effondrent dans les années 1980, l'économie ivoirienne entre en récession. Houphouët-Boigny est contraint d'accepter les plans d'ajustement structurel (PAS) qui rendent inopérants les arrangements socio-politiques de la période précédente. Dans le domaine de la santé, la Côte d'Ivoire est tenue de s'aligner sur la stratégie de Bamako. Le recouvrement des coûts est instauré et l'accès aux soins se détériore de façon spectaculaire pour les plus pauvres. Finalement, ce qui avait été présenté comme un « miracle » s'avère être un « mirage » qui avait caché certaines fragilités structurelles de l'économie ivoirienne¹².

À ces difficultés économiques s'ajoutent des tensions politiques liées à la succession non anticipée du « vieux père »¹³. Président de l'Assemblée nationale lorsque ce dernier décède en 1993, Henri Konan Bédié prend la tête du pays conformément aux dispositions

9. F. Akindès, « Inégalités sociales et régulation politique en Côte d'Ivoire. La paupérisation en Côte d'Ivoire est-elle réversible ? », *Politique africaine*, n° 78, 2000, disponible sur : www.cairn.info.

10. C. Bouquet, *Côte d'Ivoire. Le désespoir de Kourouma*, Armand Colin, 3^e Edition, Paris, 2011.

11. J.-P. Berrou, D. Darbon, C. Bouquet, A. Bekelynck, M. Clément, F. Combarous et E. Rougier, « Le réveil des classes moyennes ivoiriennes ? Identification, caractérisation et implications pour les politiques publiques », *Papiers de recherche AFD*, n° 2018-71, 2017

12. F. Akindès, *op. cit.*

13. J.-P. Berrou, D. Darbon, C. Bouquet, A. Bekelynck, M. Clément, F. Combarous et E. Rougier, *op. cit.*

constitutionnelles. Mais la stabilité du régime est loin d'être établie et Alassane Ouattara, Premier ministre qui avait su gagner la confiance d'Houphouët-Boigny, constitue un sérieux rival politique. Cette rivalité est généralement analysée comme la principale raison de l'émergence de la politique d'« ivoirité » dans les années 1990, qui établit des discriminations entre les « Ivoiriens de souche multiséculaire » et les « étrangers », dont les « Burkinabés ». Ouattara, « homme du Nord », qui a passé une partie de sa carrière en tant que haut fonctionnaire burkinabé, est ainsi exclu de la compétition politique. De façon générale, le climat politique se tend, jusqu'au coup d'État du général Robert Gueï en décembre 1999. Un an plus tard environ, des élections (dont sont exclus Bédié et Ouattara) amènent au pouvoir Laurent Gbagbo, opposant historique et fondateur du Front populaire ivoirien (FPI). Afin de regagner la confiance du peuple, Laurent Gbagbo réinvestit au début des années 2000 les réflexions sur la CSU et imagine un système ambitieux d'Assurance maladie universelle (AMU). Justifié par le principe de solidarité nationale, le système prévoit que chaque bénéficiaire participe sous la forme d'une cotisation en fonction de sa capacité contributive. Mais faute de moyens financiers, l'AMU est restée à l'état de projet.

Les années 2000 sont marquées par des conflits armés qui relaient les questions de santé au second plan, ce qui n'empêche pas la Côte d'Ivoire d'accéder aux financements du Fonds mondial et de devenir l'un des rares bénéficiaires francophones du programme américain PEPFAR. Le contexte politique ne se stabilise qu'en 2011 après une longue crise post-électorale, lors de l'éviction de Laurent Gbagbo au profit d'Alassane Ouattara. Le nouveau Président est alors confronté à un ensemble de défis en vue de la reconstruction du pays, dont sa situation sanitaire. Face à l'ampleur de la tâche, Ouattara décrète dans un premier temps des mesures d'urgence. La première, en 2011, consiste en une exemption de paiement des frais de prise en charge médicale des usagers dans les établissements sanitaires publics, parapublics et communautaires conventionnés¹⁴. La mesure provoque une brutale augmentation de la fréquentation des services de santé qui entraîne leur déstabilisation, d'où une deuxième mesure d'exemption en 2012 plus ciblée (sur les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans et la prise en charge du paludisme).

Parallèlement, le gouvernement ivoirien réactive le projet d'une couverture sanitaire pour l'ensemble de la population. C'est ici que le processus d'appropriation des débats internationaux sur la CSU est le plus visible. Alassane Ouattara érige en effet la CMU en axe phare de

14. A. Oga, M. Samba, B.-T. N'Guessan et L.-P. Kouadio, « Réflexions sur la gratuité des soins en Côte d'Ivoire en 2011 », *Cahier de santé publique*, 10(2), 2011.

sa campagne électorale, avec la promesse d'un accès aux soins pour les plus pauvres. Concrètement, la CMU reprend les grands principes de l'AMU, à savoir son caractère universel, obligatoire, et un niveau de contribution variable selon les capacités des bénéficiaires. Deux régimes sont envisagés. Le régime contributif propose un *package* minimum de soins offerts à tous les citoyens et les résidents de la Côte d'Ivoire à raison d'une contribution mensuelle de 1 000 FCFA (1,5 euro environ) par assuré. Le régime non contributif concerne les personnes « en situation d'indigence » pour qui une exemption de la contribution de 1 000 FCFA est prévue. Ce régime non contributif devient un symbole de la réactivation du mythe houphouëtiste et est censé témoigner de l'attention que le gouvernement porte aux couches sociales précarisées. Il est aussi un argument permettant de contrer les critiques selon lesquelles les retombées de la reprise économique spectaculaire¹⁵ ne bénéficient pas aux plus pauvres et que les inégalités sociales se font de plus en plus criantes en dépit des discours sur l'insertion de la Côte d'Ivoire dans l'économie mondiale.

La présidence a ainsi impulsé une politique publique spécifique en la matière, qui fait l'objet d'une intense communication institutionnelle visant à démontrer ses « résultats ». La campagne qui a conduit à la réélection controversée du Président en octobre 2020 a laissé à nouveau une place de choix à la promesse de la généralisation de la CMU, dont il a rappelé lorsqu'il a prêté serment fin 2020 qu'elle constituait un « chantier prioritaire » du nouveau mandat. L'épidémie du COVID-19, certes relativement bien contenue en Côte d'Ivoire comme dans de nombreux pays africains, est à nouveau l'occasion pour la Présidence de communiquer sur les enjeux de santé en appelant de ses vœux le renforcement du système de santé, fondamental en matière de préparation aux épidémies et qui est vu comme allant de pair avec la généralisation de la CMU.

Ainsi, la mise en œuvre du projet de CMU ne s'explique pas uniquement par la nécessité pour l'État ivoirien de s'aligner sur les normes actuelles en matière de santé globale. Ce projet a une fonction politique bien particulière. Il permet au régime de mettre en scène son action en faveur des populations précaires et son engagement dans le domaine de la santé, contribuant à refonder sa légitimité de la redistribution des bienfaits de la croissance.

15. Croissance moyenne de 8 % par an depuis 2012 selon les chiffres de la Banque mondiale.

La mise en œuvre de la CMU : configurations de politiques publiques et enjeux sectoriels

Deux points seront ici abordés. D'abord, il sera rendu compte des éléments juridiques, institutionnels et financiers qui autorisent à appréhender la CMU comme une politique sectorielle « consistante », tout du moins sur le plan formel. Nous décrirons ensuite comment elle met en synergie tout un ensemble de parties prenantes étatiques et privées. Ce point nous conduira à interroger les phénomènes plus généraux de concurrence et de collaboration entre acteurs au sein de l'État et le brouillage des frontières entre le public et le privé.

Cadrage formel de la politique

Le cadrage formel de la politique dédiée à la CMU renvoie avant tout à l'intense production législative qui découle de la conception de la politique nationale en la matière et de l'adoption des différents documents stratégiques qui lui donnent corps¹⁶. La CMU est ainsi instituée par la loi n° 2014-131 du 24 mars 2014, suivie par une dizaine de décrets d'application¹⁷.

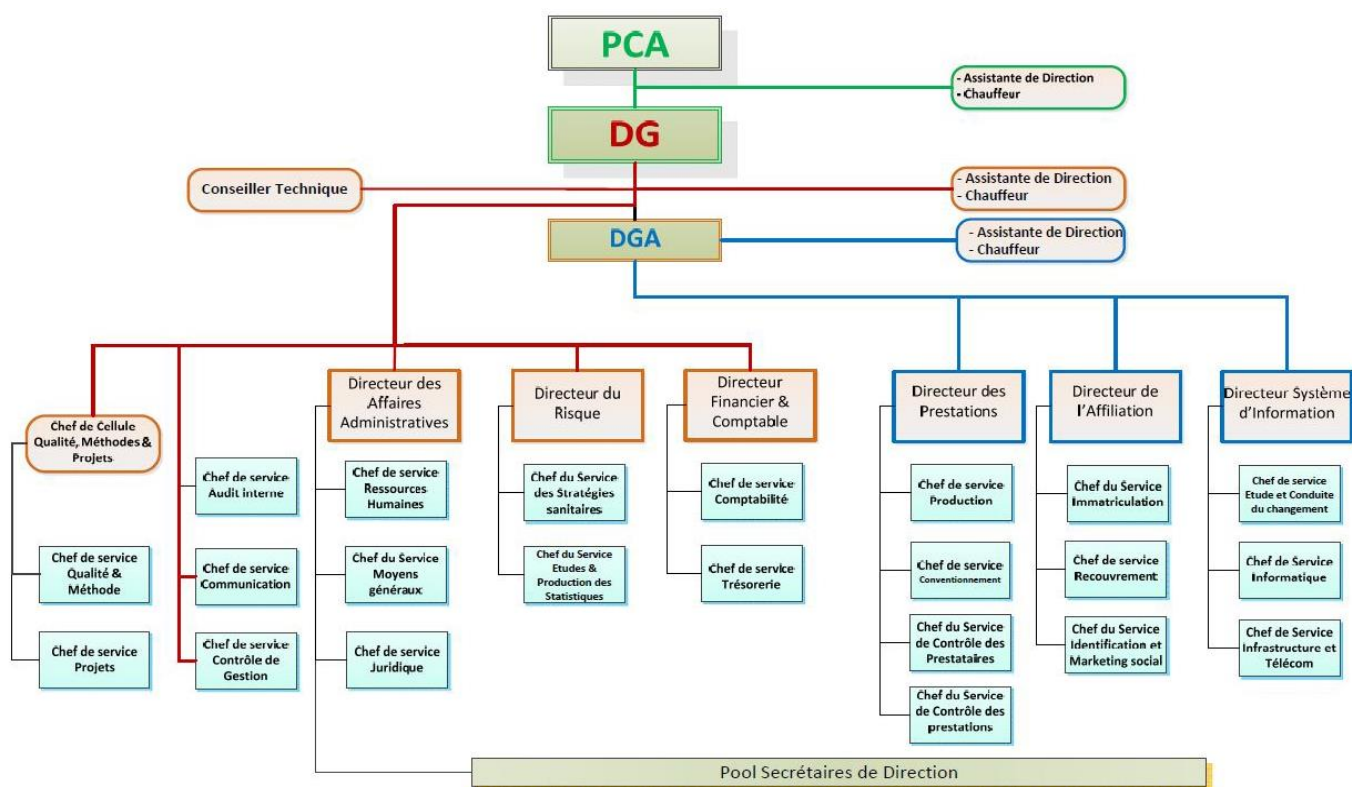
De cette série de mesures résulte notamment la création, en 2014, d'une nouvelle Institution de prévoyance sociale, la CNAM. Il s'agit d'une entreprise privée à but non lucratif à laquelle l'État confie la gestion de la CMU. Placée sous la double tutelle du ministère de l'Emploi et de la protection sociale et du ministère de l'Économie et des Finances, la CNAM se veut « une structure légère », pour reprendre les termes des enquêtes, agissant ainsi au maximum par l'intermédiaire d'« Organismes gestionnaires délégués » (OGD). Ces OGD sont des structures publiques ou privées disposant d'une expérience dans le domaine des assurances ou des mutuelles de santé. Deux grandes catégories d'OGD sont associées au processus :

16. Voir « Stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la couverture universelle », République de Côte d'Ivoire, 2012 ; « Programme social du Gouvernement 2018-2020 », République de Côte d'Ivoire, 2018.

17. Voir entre autres : décret n° 2017-46 du 25 janvier 2017 définissant les conditions et modalités de l'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation au régime de base de la CMU ; décret 2017-47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la CMU ; décret n° 2017-123 du 22 février 2017 fixant le montant et les modalités de recouvrement des cotisations dues au titre du régime général de base et du régime d'assistance médicale de la CMU.

- les OGD de prélèvement des cotisations, à savoir la Caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS), la Caisse générale de retraite des agents de l'État (CGRAE) et les soldes civils et militaires ;
- les OGD de prestation, à savoir potentiellement la Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'État (MUGEF-CI), les assureurs et les gestionnaires de portefeuilles maladies. Pour l'heure, seuls la MUGEF-CI et des gestionnaires de portefeuilles maladie (ASCOMA et MCI-Care Côte d'Ivoire) ont été retenus au titre d'OGD de prestation. Leur mission est de contrôler la conformité des feuilles de soins adressées par les centres de santé qui expérimentent la CMU.

Schéma 1 : Organigramme de la CNAM



PCA : Président du Conseil d'administration ; DG : Directeur général ; DGA : Directeur général adjoint

Source : Institut de Prévoyance sociale de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, <https://ipsnam.ci/organisation>.

Le fonctionnement de cette institution sera à terme garanti par les cotisations des assurés et reste pour l'heure en partie subventionné par l'État.

L'investissement financier de l'État dans la politique sectorielle de couverture maladie universelle est plus généralement un fait notable qui contraste avec la plupart des politiques sociales et sanitaires, restant en majorité dépendantes de l'aide internationale. Il a été difficile d'obtenir des données fiables sur ce point, mais deux chiffres revenaient lors de l'enquête dans la presse locale et les entretiens. L'État s'est ainsi engagé à consacrer 75 millions d'euros environ à la prise en charge des « indigents », auxquels s'ajoutait la promesse d'une enveloppe d'environ 1,3 milliard d'euros (issue d'un partenariat public-privé) sur la période 2018-2020 en vue du renforcement des infrastructures de santé et du recrutement de personnel qualifié.

La CNAM met en avant les nombreuses réalisations, au premier rang desquelles les opérations d'enrôlement, c'est-à-dire d'identification et de délivrance de cartes d'assurés biométriques. Ces opérations s'étaient déployées au moment de l'enquête dans 250 postes d'enrôlement fixes et 150 postes mobiles répartis sur l'ensemble du territoire et avaient abouti alors à la délivrance de plus d'un million de cartes, les cotisations ayant démarré en 2019. Ralenties par la crise du COVID-19, les opérations se sont malgré tout achevées en 2020 (pour ce qui est du secteur économique formel, le secteur économique informel restant bien évidemment difficile à enrôler).

Par ailleurs, les acteurs institutionnels insistent sur les activités de rénovation des centres de santé et sur l'expérimentation de la CMU auprès de 120 000 étudiants. Des étudiants des Universités de Korhogo, Bouaké, Daloa, Yamoussoukro, Abidjan et Grand-Bassam ont ainsi bénéficié gratuitement de la CMU pendant six mois et ont pu recevoir des soins dans des centres de santé équipés et tellement bien réaménagés que leur offre de santé n'a plus grand-chose à voir avec ce qui se pratique classiquement dans les hôpitaux publics.

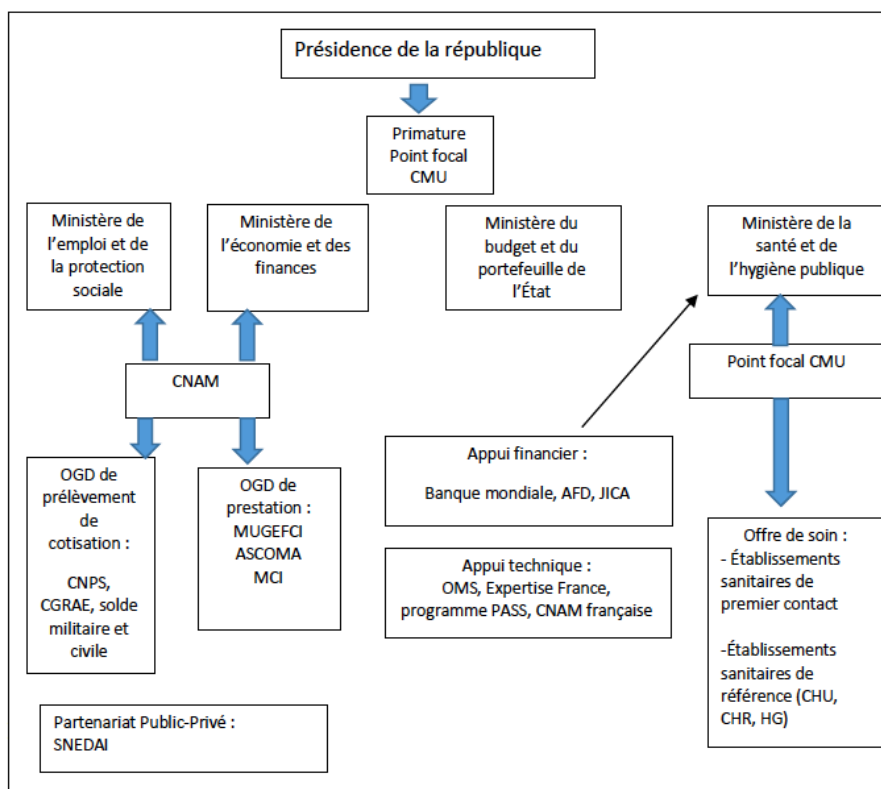
La CMU a donc aujourd'hui une réalité matérielle, quand bien même l'atteinte de son objectif d'universalité n'est pas à l'ordre du jour compte tenu de la difficulté à enrôler les travailleurs du secteur informel, largement majoritaires dans le pays (le taux de couverture est ainsi selon le gouvernement de 12 %, légèrement supérieur à la moyenne de pays de la sous-région comme le Ghana ou le Bénin – 10 % de taux de couverture selon l'AFD -). Cette réalité matérielle permet au gouvernement d'entretenir tant bien que mal la fiction d'une santé pour tous et confère à la CNAM l'image d'une institution

proactive qui donne une certaine visibilité à un dispositif d'action publique particulièrement complexe.

La CNAM, pierre angulaire d'une configuration éclatée de politiques publiques

La mise en œuvre de la CMU repose sur des configurations de politiques publiques comparables à ce qui peut être observé sur le continent dans d'autres secteurs d'action publique¹⁸ (voir schéma 2). Par configuration de politique publique, il faut entendre un ensemble d'acteurs qui interagissent en vue de produire quotidiennement des politiques publiques. La principale caractéristique de ces configurations est une forme d'éclatement, avec la mise en relation d'un ensemble d'institutions publiques et d'entreprises privées positionnées à l'interface d'arènes nationales et internationales.

Schéma 2 : Configurations autour de la mise en œuvre de la CMU



Source : auteur.

18. F. Eboko, « Repenser l'action publique en Afrique. Du Sida à l'analyse de la globalisation des politiques publiques », Paris, Karthala, 2015.

Schéma 3 : Acteurs de la mise en œuvre de la politique de CSU

Acteur.rice.s et positions	Santé	Protection sociale
<i>Acteur.rice.s au niveau national (positionnement transversal)</i>	<p>Niveau politique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Président de la République - Premier Ministre - Ministre de l'économie et des finances - Ministre du budget et du portefeuille de l'État - Législateur.rice.s (Assemblée nationale) <p>Niveau technique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conseiller santé à la Présidence - Point focal CMU à la primature - Président des comités techniques en charge de la conception de la réforme 	
<i>Acteur.rice.s au niveau national (positionnement sectoriel)</i>	<p>Niveau politique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ministre de la santé et de l'hygiène publique <p>Niveau technique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cheffe de cabinet de la Ministre - Comité technique associé à la conception de la réforme - Directeur.rice.s régionaux de la santé (DR) - Directeur.rice.s Départementaux de la santé (DD) - Directeur.rice.s des hôpitaux et centres de santé publics - personnel médical 	<p>Niveau politique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ministre de l'emploi et de la protection sociale <p>Niveau technique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comité technique associé à la conception de la réforme - CNAM - OGD : + Caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS) + Caisse générale de retraite des agents de l'État (CGRAE) + solde militaire et civile + MUGEFCI
<i>Acteur.rice.s au niveau international</i>	<ul style="list-style-type: none"> - OMS - Programme PASS 	<ul style="list-style-type: none"> - Banque mondiale - AFD - Ambassade de France - Expertise France
<i>Entreprises privées</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe SNEDAI 	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe SNEDAI - OGD : + ASCOMA +MCI
<i>ONG</i>		Rôle marginal, limité à des actions de sensibilisation (exemple de l'ONG Ciel Bleu)
<i>Destinataires visés ou potentiels de la politique publique</i>	L'ensemble de la population ivoirienne appréhendée par groupes cibles : <ul style="list-style-type: none"> - les fonctionnaires et retraité.e.s de la fonction publique - les salarié.e.s et retraité.e.s du secteur formel - les travailleur.se.s du secteur informel - les « indigent.e.s » 	
<i>Acteurs absents (pourtant identifiés au préalable)</i>	Les assurances privées, les tradipraticien.ne.s	

Acteur présent uniquement à l'étape de mise en œuvre de la politique publique

Acteur de la mise en œuvre déjà présent lors de la formulation de la politique publique

Acteur de la formulation qui disparaît à l'étape de la mise en œuvre

Source : auteur.

Les acteurs étatiques

Du point de vue du gouvernement central, quatre ministères sont impliqués dans la mise en place de la CMU. Le ministère de l'Emploi et de la Protection sociale et le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique ont en charge le volet technique de la réforme, tandis que les éléments financiers et budgétaires nécessitent l'intervention du ministère de l'Économie et des Finances et du ministère du Budget et du portefeuille de l'État. On retrouve au cœur du dispositif la CNAM, ainsi que les divers organismes de gestion déléguée sur lesquels elle s'appuie (dont certains sont des entreprises privées). Le ministère de la Santé, *via* son point focal CMU, est également un maillon central de la politique publique. Il assure en effet la supervision de l'ensemble de la chaîne publique de soins qui, à terme, est censée être impliquée dans le processus. L'ensemble du personnel de santé peut ainsi être également considéré comme partie prenante. Enfin, en raison de la forte politisation de ce dossier et de ses implications stratégiques, la primature, sous le contrôle étroit de la présidence, coordonne les activités de l'État en la matière.

L'étude de la CMU permet ainsi de remettre en cause les visions monolithiques de l'État. L'État doit au contraire être appréhendé comme le produit des interactions entre une pluralité de segments traversés par des logiques hétérogènes et dont les relations peuvent aussi bien relever de la coopération que de la concurrence.

À cet égard, nous avons été frappés de constater à quel point le niveau politique et le niveau technique sont animés par des objectifs et des principes de fonctionnements différents. Ainsi, la CMU a été l'enjeu de luttes entre la ministre de la Santé et de l'Hygiène publique et le ministre de l'Emploi et de la Protection sociale. La CMU est en effet une politique multiforme qui, selon le point de vue, peut aussi bien être considérée comme une politique de santé (lorsque l'accent est mis sur les enjeux de renforcement du système de santé) que comme une politique de protection sociale (lorsque l'accent est mis sur les logiques de gestion collective du risque sanitaire). Un conflit de leadership s'est ainsi manifesté entre les deux ministres concernés, chacun revendiquant la primauté de sa compétence en la matière. Sur ce point, un enquêteur estime que « ça a été une bataille pour arracher la CMU à la santé » et que l'OMS aurait argumenté en faveur du ministère de l'Emploi et de la Protection sociale. Plus exactement, une chargée de programme de l'OMS évoque son « plaidoyer » auprès de l'État :

« L'OMS a fait un plaidoyer pour une séparation des fonctions et une clarification des rôles entre les ministères. Le plaidoyer a consisté à ce que le ministère de la Santé se consacre à la fonction « prestation » y compris la régulation de cette fonction : définition du panier de soins, etc. Et le ministère en charge des affaires sociales a été responsabilisé dans la mise en commun et l'achat des prestations à travers la gestion de l'agence (CNAM). »

La séparation entre l'achat et l'offre de soins à laquelle font systématiquement référence les enquêtés circonscrit le rôle du ministère de la Santé à celui de prestataire, ce qui n'allait pas de soi au regard des ressources symboliques dont bénéficie la ministre de la Santé. Cette répartition, si elle semble aujourd'hui faire consensus, est ainsi le fruit de rapports de pouvoir au sein même de l'État, ce qui atteste que l'institution ne parle jamais d'une seule voix.

À l'inverse de cette concurrence des ministres, les agents qui se trouvent sous leur responsabilité évoquent leurs relations en termes de coopération. Il est ainsi fait état dans les entretiens de la « bonne entente » entre les équipes de techniciens des deux ministères.

La cheffe de cabinet du ministère de la Santé précise par exemple qu'une certaine « camaraderie » alimente une forme de coalition entre les agents des ministères. Ces derniers, engagés dans des échanges continuels de ressources et de services, parviennent collectivement à contourner toute une série de difficultés structurelles de leur administration de tutelle. La cheffe de cabinet du ministère de la Santé explique :

« La primature est intervenue à notre demande. Comme vous avez affaire à des politiques, il vaut mieux à un moment remonter à ceux qui avaient la volonté politique. (...) Surtout à cause du financement. (...) Nous avons été têtus. Nous avons dit à nos politiques que leur volonté doit se traduire en fonction de nos besoins. Nous leur avons dit de mettre les moyens. Je pense que lui-même [Alassane Ouattara] ne s'attendait pas à un coût aussi élevé. Or, la santé est budgétivore et n'apporte rien. (...) Mais les coûts sont énormes. Donc il faut être solide pour accepter. Et il a accepté. Et c'est lui-même qui nous presse d'aller plus vite. Mais il y a des étapes qu'on ne peut pas sauter. Avec la volonté de traduire les choses de façon concrète, ça nous oblige à voir les choses avec des yeux d'urgence. Mais on essaie de respecter les étapes. »

On voit bien ici que les agents de l'action publique, quand ils ont les ressources adéquates, ne sont pas de simples exécutants des programmes électoraux, allant parfois jusqu'à renverser ou faire

usage des injonctions politiques auxquelles ils sont soumis pour servir leurs propres objectifs. La mise en œuvre d'une politique publique comme la CMU est ainsi le résultat aléatoire des interactions entre une multitude d'acteurs qui, y compris au sein de l'État, font valoir des intérêts dont l'homogénéité est loin d'être évidente.

L'influence des bailleurs

À côté de cette extrême diversité d'institutions étatiques, la présence de bailleurs internationaux contribue également à l'éclatement des configurations de politique publique qui se structurent autour de la CMU. Mais, s'ils ont été à l'origine de la production du concept de CSU, leur rôle est beaucoup plus limité dans la phase de mise en œuvre. Cette situation contraste avec celle qui peut être observée dans d'autres domaines de la santé comme la lutte contre le VIH/SIDA, où des financeurs tels que le Fonds mondial et le PEPFAR fournissent la plupart des ressources financières et sont en mesure d'imposer leurs procédures et manières de faire. Le DG de la CNAM affirme même sa volonté de ne pas « laisser trop de place aux bailleurs » afin de ne pas mettre le processus de réforme « sous la pression des résultats ».

Ainsi, ces derniers (principalement la Banque mondiale et l'Agence française de développement) sont mobilisés autour de deux questions bien spécifiques, à savoir la rénovation des structures de santé et l'identification des « indigents » qui bénéficieront du régime non contributif¹⁹. On peut faire l'hypothèse que cette intervention circonscrite des bailleurs dans le champ de la CMU s'explique non seulement par leurs doutes quant à la possibilité à court terme de réalisation de ses objectifs, mais aussi par un certain éloignement de la thématique de leurs domaines d'expertise traditionnels. Si les enjeux propres au secteur de la santé relèvent des champs de compétence des organismes internationaux rencontrés lors de l'enquête, rares sont ceux dont le mandat est expressément orienté vers les questions de sécurité sociale et d'assurance. Ces derniers peuvent surtout être vus comme des acteurs de la santé globale et sont

19. Premièrement, la Banque mondiale intervient sur la CMU à travers un projet plus global de renforcement du système de santé et de réponse aux urgences épidémiologiques d'un montant de 70 millions de dollars environ. Au moment de l'enquête, l'institution s'était engagée à accompagner la réhabilitation de 102 structures de santé, pour un montant total de 26 millions de dollars. La Banque mondiale s'est également impliquée techniquement et financièrement afin d'élaborer une méthode d'identification des indigents et d'appuyer l'État dans les premiers mois de leur prise en charge. Deuxièmement, on relèvera la contribution de l'Agence française de développement au titre principalement du C2D (Contrat de désendettement et développement) – santé, dont le montant s'élève à 68 millions d'euros sur la période 2016-2020. Là encore, il s'agit d'un programme global de renforcement du système de santé, qui vient améliorer l'offre de soin et ne traite pas spécifiquement de la CMU.

moins présents dans les réseaux transnationaux de l'expertise en sécurité sociale. Le directeur de la CNAM évolue dans des univers professionnels assez différents des bailleurs internationaux enquêtés. Il est davantage en interaction avec des structures en mesure de fournir à la CNAM un appui technique (à défaut d'un soutien financier), comme la CNAM française et, indirectement, le Programme d'appui aux stratégies mutualistes de santé (le PASS, dont l'objectif premier est l'accompagnement de la mutuelle des fonctionnaires, mais qui fournit également des conseils de façon plus ou moins formelle dans le cadre de la CMU).

La place des entreprises privées

Enfin, les configurations de politiques publiques qui se sont structurées autour de la CMU offrent à voir une présence des entreprises privées. En accord avec le paradigme néolibéral dominant, le chef de l'État a initié un partenariat public-privé (PPP) avec la SNEDAI, une entreprise ivoirienne positionnée dans les secteurs des technologies, de l'environnement, du transport et des BTP. De façon générale, le recours de plus en plus fréquent aux PPP en Côte d'Ivoire comme un peu partout dans le monde est un point d'entrée pertinent pour analyser les relations entre l'État et le secteur privé. La tendance de l'État ivoirien à s'appuyer sur le marché et les acteurs économiques pour prendre en charge des attentes sociales n'est pas un phénomène récent. De la place des planteurs dans l'économie politique du régime d'Houphouët-Boigny à la façon dont l'actuel président ouvre des marchés aux opérateurs privés dans le but d'opérationnaliser ses politiques du logement, la porosité des frontières entre les affaires économiques et les affaires publiques semble en Côte d'Ivoire un fait établi. Loin d'être le signe d'une « cannibalisation » du public par le privé²⁰ ou de constituer un aveu de faiblesse de l'État qui donnerait raison aux analyses sur la faillite de l'État africain, l'attitude des acteurs publics ivoiriens vis-à-vis du marché pourrait être révélatrice d'une forme de gouvernement bien spécifique. Cette forme de gouvernement, qualifiée de « gouvernement par le marché²¹ » tend à se généraliser aux Nordes comme aux Suds avec la diffusion toujours plus large du projet néolibéral. Dans cette optique, les autorités étatiques ont tendance à se décharger²² d'une partie de leurs responsabilités au profit

20. B. Hibou, « Introduction. La bureaucratisation néolibérale, ou la domination et le redéploiement de l'État dans le monde contemporain », in *La bureaucratisation néolibérale*, La Découverte « Recherches », 2013.

21. O. Nay, « Gouverner par le marché. Gouvernements et acteurs privés dans les politiques internationales de développement », *Gouvernement et action publique*, n° 4, 2017.

22. B. Hibou, « Retrait ou redéploiement de l'État ? », *Critique internationale*, 1, 2008.

d'opérateurs privés auxquels on offre de nouvelles perspectives économiques. Le processus ne conduit pas à déposséder l'État de sa puissance publique. Ce dernier conserve une capacité de coordination et d'encadrement, mais aujourd'hui, il régule et incite plus qu'il n'impose et ne contrôle. On observe ainsi un réajustement du rôle de l'État qui relève autant de l'adhésion à des prescriptions idéologiques néolibérales que de la nécessité pragmatique de composer avec le phénomène de raréfaction des ressources publiques.

Dans cette perspective, il devient stérile d'opposer le public et le privé et l'enjeu est plutôt de comprendre comment ces sphères s'articulent. Les élites ivoiriennes, comme c'est le cas dans la plupart des contextes, sont multipositionnées et circulent des milieux économiques aux espaces politiques de façon relativement fluide. De ce point de vue, la fabrique de l'action publique est en partie le produit des interactions quotidiennes entre acteurs qui sont autant des entrepreneurs politiques que des entrepreneurs privés.

Cet enchevêtrement de la continuité entre les espaces publics/politiques et privés est caractéristique de la politique publique de la CMU dont l'opérationnalisation implique fortement la SNEDAI.

La SNEDAI est dirigée par Adama Bictogo. Ce dernier, ami intime du Président et de son épouse, joue un rôle stratégique dans les affaires économiques et politiques du pays. Fils d'un illustre planteur, Bictogo est diplômé de l'Institut supérieur de gestion de Paris. De retour en Côte d'Ivoire, il entame une carrière d'entrepreneur économique en lien étroit avec les élites politiques de son pays. Dans les années 1990, il occupe des postes à responsabilité au sein de la SCOA (Société commerciale de l'Ouest africain) puis de la SDPA (Société de Distribution des Produits Alimentaires). Au début des années 2000, il effectue des consultations pour le compte du Groupe Bolloré avant de devenir PDG d'I.S.D. Holding Afrique. C'est cette société qui, par un changement de dénomination, deviendra le groupe SNEDAI quelques années plus tard. Son champ d'expertise est à l'origine l'archivage et la sécurité numérique. Dans les années 2000, Bictogo construit parallèlement une carrière politique. Il occupe les postes de conseiller spécial du ministre de l'Agriculture, de conseiller spécial à la Primature en charge de la diplomatie et des relations avec les institutions internationales, et en 2011 et 2012, de ministre de l'Intégration africaine.

Proche du RDR (le parti de Ouattara) dès sa création, Bictogo participe activement à la négociation des accords de Ouagadougou en 2007. En 2015, il s'implique pleinement dans la campagne électorale de Ouattara. Depuis, son activité politique se fait moins visible et il se consacre essentiellement au développement de la SNEDAI. Ce groupe

international compte aujourd'hui six entreprises dans des domaines aussi diversifiés que les BTP, l'immobilier, l'énergie, ou encore les transports. La SNEDAI reste active dans le champ des solutions informatiques et de l'édition de documents sécurisés. Elle remporte à ce titre les marchés du passeport biométrique, du e-visa et, plus récemment, de l'enrôlement biométrique des assurés de la CMU. Le groupe comptait au moment de l'enquête 1 000 salariés environ et remporte régulièrement des marchés publics importants (on pensera par exemple au marché de la réhabilitation des centres de santé évoqué plus haut, avec le chiffre de 152 millions d'euros environ évoqué par la presse locale).

Une réforme comme la mise en place de la CMU s'inscrit ainsi à la croisée d'une pluralité d'enjeux économique et politique qui tend à brouiller la distinction entre intérêt public et intérêt privé et qui complexifie les schémas bien établis de la gouvernance des politiques publiques. Ce constat ne doit pas pour autant corroborer les jugements normatifs sur l'absence de différenciation entre l'État et la société dans le contexte africain. Comme dans d'autres aires géographiques, la séparation entre le public et le privé relève surtout ici de la construction mythique et d'un discours censé incarner la modernité politique. Tout en adhérant aux principes de ce discours, les acteurs étatiques sont les héritiers d'un système politique dont les fondements reposent sur les interdépendances entre la gestion publique et les intérêts privés, interdépendances constamment réinventées plutôt que combattues.

Conclusion

L'étude d'une politique publique comme la CMU offre des pistes stimulantes pour penser l'analyse des politiques publiques en contextes africains et prendre la mesure de ce que le décryptage des enjeux propres à une politique spécifique apporte à la compréhension de l'État et de ses mutations contemporaines. Nous avons vu comment la mise en place de la CMU, tout en étant partiellement le résultat de l'alignement du pays sur certains standards de la santé globale, fait l'objet d'investissements politiques intenses. La CMU est ainsi au cœur du jeu électoral et constitue un engagement majeur de Ouattara. Ce dernier cherche en effet à démontrer son action en faveur des populations les plus précaires, restant pour l'heure à l'écart des retombées économiques de la croissance du pays. Ainsi, malgré toutes les limites évoquées dans cet article, la CMU en Côte d'Ivoire semble plus avancée que dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest.

La CMU est par ailleurs au cœur d'enjeux qui dépassent largement le seul périmètre de l'espace de la politique publique. Dans cette perspective, elle devient un observatoire de phénomènes beaucoup plus larges comme la tentative de restauration de sa légitimité par le régime politique ivoirien ou la redéfinition des frontières entre le public et le privé.

L'idée première selon laquelle la CMU est une politique « vide » et déconnectée des réalités locales a donc été relativisée. Si la CMU est analysée non pas seulement du point de vue de ses réalisations effectives (qui restent timides), mais aussi des idées qu'elle véhicule en tant que projet politiquement investi, son potentiel de changement apparaît plus nettement. Il est encore trop tôt pour amener des conclusions définitives sur ce point. Le processus sera nécessairement long et progressif et son issue reste incertaine. Cependant, au-delà des multiples réserves dont elle peut faire l'objet, la CMU nous semble susceptible d'introduire de nouveaux éléments par lesquels la conception de la solidarité nationale pourrait, à terme, s'en trouver retravaillée.



27 rue de la Procession 75740 Paris cedex 15 – France

Ifri.org