CONFERENCE INTERNATIONALE SUR LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE – CSU : POUR UNE VISION HOLISTIQUE ET TRANSFORMATRICE DE L'AFRIQUE

Abidjan 2026

APPEL A COMMUNICATION

Argumentaire

La quête de la CSU en Afrique s'inscrit dans un héritage historique qu'il convient aujourd'hui de réévaluer avec lucidité. Les politiques de santé actuelles sur le continent trouvent en grande partie leur source dans les orientations issues de la Conférence de Bamako, tenue en 1987 sous l'égide de l'OMS et de l'UNICEF. Cette initiative avait le mérite d'introduire une participation communautaire et une gestion décentralisée des soins de santé primaires, à travers des mécanismes de recouvrement des coûts et de dotation en médicaments essentiels. Elle a permis, dans un contexte de ressources extrêmement limitées et d'ajustements structurels, de maintenir des services de base là où les systèmes étatiques se désengageaient.

Cependant, près de quatre décennies plus tard, le paradigme de Bamako révèle sa caducité face aux défis sanitaires contemporains. En installant une logique de financement reposant excessivement sur les paiements directs des ménages, ce modèle a fragilisé l'accès équitable aux soins et maintenu des millions d'Africains dans une vulnérabilité financière chronique. Selon l'Atlas des dépenses de santé de l'OMS pour la Région africaine (2023), les paiements directs des ménages ont représenté en moyenne 35,8 % des dépenses courantes de santé entre 2012 et 2020, soit près du double du seuil de 15 à 20 % recommandé par l'OMS pour garantir un accès abordable aux soins. Ce fardeau financier pèse sur plus de 200 millions de personnes dans la Région Afrique de l'OMS, poussant plus de 150 millions d'entre elles dans la pauvreté ou aggravant leur dénuement (OMS Afrique, 2024). Plus alarmant encore, le nombre de personnes confrontées à des dépenses de santé catastrophiques, c'est-à-dire consacrant plus de 10 % de leur budget à des soins, est passé de 52 millions en 2000 à 95 millions en 2019, soit une augmentation annuelle de 2,5 millions de personnes.

Les populations rurales, les femmes et les enfants paient le tribut le plus lourd de cette architecture défaillante. Plus de 170 millions de personnes en Afrique subsaharienne vivent à plus de deux heures d'un hôpital, et 40 % à plus de quatre heures, rendant illusoire tout accès aux soins d'urgence pour les communautés les plus isolées. L'Afrique subsaharienne reste la région du monde où la mortalité des enfants de moins de cinq ans est la plus élevée : 68 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2023 (UNICEF). Un enfant né en Afrique subsaharienne a 18 fois plus de risques de mourir avant l'âge de cinq ans qu'un enfant né en Australie ou en Nouvelle-Zélande, et la région concentre à elle seule 58 % des décès mondiaux d'enfants de moins de cinq ans. Surtout, ce cadre n'a pas été conçu pour construire des systèmes de santé intégrés, résilients et capables de répondre aux chocs pandémiques, comme l'a cruellement démontré la crise du Covid-19, dont l'impact économique a été dévastateur malgré un bilan

sanitaire direct modéré, ni d'anticiper les transitions démographiques et climatiques auxquelles le continent fait déjà face.

Aujourd'hui, alors que l'horizon 2030 des Objectifs de Développement Durable approche et que le continent aspire à une autonomie sanitaire véritable, l'héritage de Bamako apparaît comme un socle désormais insuffisant. Il nous faut opérer une rupture épistémologique et politique : passer d'une logique de gestion de la pénurie à une logique d'investissement stratégique et de construction systémique.

Cette rupture implique, en premier lieu, une mobilisation résolue des ressources endogènes. L'Afrique dispose d'un espace budgétaire encore largement sous-exploité en matière de santé. Plus de deux décennies après la Déclaration d'Abuja (2001), par laquelle les États de l'Union africaine s'engageaient à consacrer au moins 15 % de leur budget national à la santé, seuls trois pays, le Rwanda, le Botswana et le Cap-Vert ont durablement atteint cet objectif (OMS, 2023). En 2021, les gouvernements africains n'y consacraient en moyenne que 7,4 %, et environ 95 % de la population du continent vivait dans un pays n'ayant pas honoré cet engagement (Human Rights Watch, 2024). La dépense de santé par habitant en Afrique subsaharienne s'élevait à seulement 92 dollars en 2021, soit un cinquième de ce que dépensait la région immédiatement supérieure (Afrique du Nord et Moyen-Orient : 379 dollars).

Au-delà de l'effort budgétaire, il s'agit de repenser les mécanismes de financement en s'appuyant sur des sources innovantes. L'Africa CDC, dans sa stratégie dévoilée en avril 2025, propose notamment des prélèvements de solidarité sur les billets d'avion, l'alcool et les services mobiles, ainsi que la mobilisation d'une partie des 95 milliards de dollars annuels de transferts de la diaspora africaine. Des outils de financement mixte devront être déployés pour débloquer les capitaux publics et privés nécessaires aux investissements dans les infrastructures sanitaires, la santé numérique et la production locale de vaccins et de fournitures médicales. Cette urgence est d'autant plus pressante que l'aide extérieure à la santé en Afrique devrait chuter de 70 % entre 2021 et 2025, alors que les urgences sanitaires ont bondi de 41 %, passant de 152 en 2022 à 213 en 2024 (Africa CDC, 2025). La souveraineté sanitaire ne se décrète pas : elle se construit par la capacité d'un continent à financer, produire et gouverner ses propres réponses de santé.

C'est précisément cette ambition que porte la conférence d'Abidjan. Il ne s'agit plus de corriger les insuffisances du consensus de Bamako, mais d'en dépasser le cadre conceptuel pour forger un nouveau pacte social pour la santé, un pacte fondé sur le droit effectif à la santé, sur la solidarité intergénérationnelle et sur la conviction que l'Afrique possède les ressources intellectuelles, humaines et financières pour écrire le chapitre suivant de son histoire sanitaire.

Ce nouveau pacte s'articule autour de dix axes thématiques interdépendants, qui dessinent une feuille de route ancrée dans les réalités, les savoirs et les aspirations de l'Afrique. Ensemble, ils répondent à un principe directeur : la souveraineté sanitaire africaine. Il ne s'agit plus simplement d'« atteindre » la CSU en suivant des modèles externes, mais de la construire par et pour les Africains, en transformant les structures de pouvoir, les systèmes de connaissance et les modèles économiques qui ont historiquement entravé l'accès équitable à la santé.

Le premier pilier de cette reconstruction est économique et financier (Axe 1). Le diagnostic posé plus haut l'établit sans ambiguïté : l'Afrique ne peut plus fonder sa CSU sur une aide extérieure en déclin ni sur des paiements directs qui appauvrissent les ménages. Il s'agit désormais de traduire l'ambition de

souveraineté financière en modèles opérationnels adaptés aux réalités du continent : régimes de mutualisation conçus pour l'économie informelle (mutuelles communautaires, micro-assurance santé), partenariats public-communautaire, mécanismes de fiscalité progressive captant une part de la valeur des industries extractives et du numérique, et instruments de financement mixte associant capitaux publics, privés et diasporiques. Les expériences réussies, couverture santé communautaire au Rwanda, régime national d'assurance maladie au Ghana — montrent qu'il est possible de progresser rapidement lorsque la volonté politique s'adosse à des architectures financières endogènes.

Cette souveraineté doit ensuite s'incarner dans des architectures sanitaires résilientes (Axe 2). La pandémie de COVID-19 a cruellement exposé la fragilité des chaînes d'approvisionnement mondiales et la pénurie chronique de personnel de santé. La résilience future exige de repenser en profondeur la gestion du capital humain par la formation, la rétention et la motivation des agents de santé et de bâtir des systèmes d'approvisionnement régionaux et locaux robustes, capables de résister aux chocs globaux. Il s'agit de passer d'une logique de dépendance à une logique de production et de gestion stratégique interne.

Ces systèmes, pour être légitimes et efficaces, doivent reposer sur une démocratie sanitaire authentique (Axe 3). La CSU ne peut être décrétée d'en haut ; elle doit être coconstruite avec les citoyens. Cela va bien au-delà de la simple « participation ». Il faut instituer des mécanismes de redevabilité sociale permanents, où les communautés, notamment les plus marginalisées (femmes, populations rurales, personnes en situation de handicap), ont un pouvoir réel de surveillance, de réclamation et d'orientation des services. L'équité doit être « intersectionnelle », reconnaissant et combattant la combinaison des discriminations qui limitent l'accès aux soins.

Le levier numérique (Axe 4) offre une opportunité historique d'accélérer cette transformation, à condition d'éviter le piège du pansolutionnisme technologique. La priorité n'est pas d'importer des outils sophistiqués, mais de développer une souveraineté numérique : des plateformes interopérables, adaptées aux contextes locaux, qui protègent les données des citoyens et transforment réellement l'accès aux soins (télémédecine) et la prise de décision fondée sur des preuves. Les données doivent devenir un bien public au service de l'équité, et non un outil de contrôle ou de commercialisation.

Pour guider ces transformations, l'Afrique a besoin d'une prospective sanitaire propre (Axe 5). Anticiper les futurs chocs qu'ils soient pandémiques, climatiques ou démographiques, n'est plus un luxe, mais une condition de survie. Cette prospective doit être systémique, intégrant les dimensions écologiques, sociales et politiques, et doit permettre de piloter les transitions sanitaires complexes que connaît le continent, en évitant les écueils des modèles passés.

Ces transformations structurelles doivent s'adosser à une analyse lucide des rapports de force et à des leviers complémentaires, plus transversaux.

L'écologie politique des systèmes de santé (Axe 6) constitue un préalable analytique incontournable. Qui détient le pouvoir de décision en matière de santé ? Comment les intérêts des élites, des compagnies pharmaceutiques internationales ou des bailleurs de fonds façonnent-ils l'agenda de la CSU ? Sans cette analyse lucide des rapports de force, les meilleures réformes techniques échoueront. La décentralisation, souvent présentée comme une solution, peut renforcer les inégalités régionales si elle n'est pas encadrée

politiquement. Il s'agit, en somme, de rendre visibles les déterminants politiques de l'inéquité sanitaire pour mieux les transformer.

La souveraineté thérapeutique (Axe 7) est un impératif stratégique de premier ordre. La dépendance à 70-90 % aux importations de médicaments et de vaccins constitue une vulnérabilité que la crise du Covid-19 a rendue inacceptable. L'Afrique doit développer sa capacité de production pharmaceutique locale, en s'appuyant sur des initiatives telles que les Partnerships for African Vaccine Manufacturing (PAVM), valoriser et intégrer de manière scientifique et éthique son immense patrimoine de médecines traditionnelles, et favoriser l'innovation frugale en santé. La régulation des produits de santé doit être africaine et indépendante, adossée à une agence continentale de régulation crédible.

Le lien intrinsèque entre santé planétaire et justice climatique (Axe 8) ne peut être ignoré. L'Afrique, bien que contribuant le moins au changement climatique, en subit les pires impacts sanitaires : expansion des maladies vectorielles, insécurité alimentaire, stress hydrique, déplacements de populations. La CSU de demain doit intégrer une approche « One Health » liant santé humaine, animale et environnementale, et plaider pour une justice climatique qui inclue le financement des systèmes de santé résilients et l'accès aux technologies d'adaptation. Les négociations climatiques internationales doivent reconnaître la santé comme un secteur prioritaire d'adaptation et de financement.

Une CSU crédible et prévisible doit s'adresser au cœur de l'économie africaine : les travailleurs, notamment ceux de l'informel (Axe 9). Comment étendre la protection sociale à des centaines de millions de personnes sans contrat formel, qui représentent plus de 85 % de l'emploi en Afrique subsaharienne ? Quels modèles de cotisation innovants imaginer — indexés sur les transactions mobiles, les revenus marchands ou les cycles agricoles ? La santé des travailleurs est un moteur de productivité et de développement économique ; l'ignorer condamne la CSU à ne couvrir qu'une minorité formellement employée.

Le fondement même de cette nouvelle vision est épistémologique (Axe 10). La science de la santé en Afrique a trop souvent été un reflet des paradigmes et des priorités du Nord. Il est temps de promouvoir une production décoloniale des savoirs, qui valorise les connaissances locales, utilise des méthodologies participatives et émancipe les chercheurs et les communautés africaines. Construire une science africaine de la santé publique — disposant de ses propres revues, de ses propres critères d'évaluation et de ses propres agendas de recherche — est la condition pour que les politiques soient véritablement pertinentes, durables et appropriées par ceux qu'elles sont censées servir.

Collectivement, ces dix axes ne forment pas une simple liste de thèmes de conférence. Ils représentent les piliers interdépendants d'un nouveau pacte social pour la santé en Afrique. Ce pacte repose sur un contrat renouvelé entre l'État et les citoyens, sur une économie de la santé recentrée sur la valeur humaine plutôt que sur le profit, et sur une affirmation résolue de la souveraineté et de l'ingéniosité africaines.

La Conférence Internationale sur la CSU à Abidjan en 2026 a l'opportunité historique d'être le catalyseur de cette vision. En adoptant ce cadre holistique, elle peut dépasser le stade des diagnostics répétés pour devenir l'espace où émergent des coalitions transformatrices, des innovations politiques concrètes et une feuille de route chiffrée pour la CSU post-2030. Ses travaux devront également intégrer des enjeux transversaux encore insuffisamment pris en charge : la santé mentale, grande oubliée des systèmes de

santé africains ; la résistance antimicrobienne, menace sanitaire de premier plan ; le dividende démographique et la santé des jeunes, dans un continent qui comptera 830 millions de moins de 18 ans en 2050 ; et la rétention des professionnels de santé face à l'hémorragie du brain drain médical. La conférence ambitionne d'aboutir à l'adoption d'une Déclaration d'Abidjan assortie d'un plan d'action opérationnel, d'un mécanisme de suivi continental et d'engagements financiers mesurables. L'enjeu est de taille : il s'agit de garantir que chaque être humain sur le continent africain, sans distinction, ait accès aux soins de santé dont il a besoin, sans encourir de difficultés financières, et ce, grâce à des systèmes justes, résilients et profondément ancrés dans l'identité et la volonté du continent. La santé pour tous en Afrique n'est pas une utopie ; c'est un impératif que cette génération a les moyens et le devoir de réaliser.

Axe 1 : Mobilisation de ressources endogènes et mécanismes de financement innovants pour une CSU durable en Afrique

Axe 2 : Architectures sanitaires résilientes : Capital humain, systèmes d'approvisionnement et gouvernance adaptative

Axe 3 : Démocratie sanitaire : Participation citoyenne, équité intersectionnelle et redevabilité sociale

Axe 4 : Souveraineté numérique et données transformatives : Technologies appropriées pour l'accès et la décision en santé

Axe 5 : Prospective sanitaire africaine : Anticipation systémique des chocs et transitions sanitaires

Axe 6 : Écologie politique des systèmes de santé en Afrique

Axe 7 : Souveraineté thérapeutique et innovation endogène

Axe 8 : Santé planétaire et justice climatique-sanitaire

Axe 9 : Économie politique de la santé des travailleurs

Axe 10 : Épistémologies africaines et production des savoirs endogènes en santé

Conditions de participation

Les propositions de communication, entre 300 et 500 mots, assortie de 5 mots clés, peuvent être soumises dans les 6 langues de travail de l'Union Africaine (anglais, arabe, espagnol, français, kiswahili, portugais). Elles doivent être envoyées au plus tard le **02 mai 2026 à minuit (GMT)** aux adresses e-mail suivantes : **cicsu.org@gmail.com**. et **romeotchanga@gmail.com**. Les auteur.e.s seront informé.e.s de l'avis du Comité scientifique à compter du **02 juin 2026**.

Les communications/posters seront sélectionnées sur la base de leur qualité scientifique, de leur pertinence par rapport aux thématiques de la conférence et de leur originalité. Les propositions doivent impérativement respecter les lignes directrices en termes de contenu et de format. Les auteurs préciseront le numéro et l'axe thématique choisi, leur institution/organisation et pays d'attache, leur adresse mail. La conférence est aussi bien ouverte aux universitaires qu'aux professionnels.

Comité scientifique

- Roméo TCHANGA, IRESADE de Yaoundé
- Albert ZE, IRESADE de Yaoundé
- Jean Marie KONE, IARPRA d'Abidjan
- Chiayé Claire Antoinette YAPO-CREZOIT à l'Institut Pasteur à Abidjan
- Inza KONE, Centre Suisse de Recherches Scientifiques à Abidjan
- Jean Arthur MBIDA MBIDA, Université de Douala
- Irené ATENGA, Université de Douala
- Marie Chantale NTJAM, Université de Douala
- Pascal FOUMANE, Université d'Ebolowa
- Serge Bertrand EYEBE EYEBE, Université d'Ebolowa
- Edmond VII MBALLA ELANGA, Université de Douala
- Claude Abe, Université Catholique d'Afrique Centrale -UCAC Yaoundé
- Armand LEKA ESSOMBA, Université de Yaoundé 1
- Yves-Bertrand DJOUDA, Université de Yaoundé 1
- Antoine SOCPA, CASS-RT Yaoundé 1
- Faty-Myriam Mandou AYIWOUO, Université de Douala
- Daman-Guilé DIAWARA, Redev Bamako
- Ouonogo Souleymane, REDEV Bamako
- Aminata Keita, REDEV Bamako
- Aristide BILOA, Université de Douala
- Yakouba MAPOURE NJANKOUO, Université de Douala
- Léopold FEZEU, Université de Paris
- Honoré MIMCHE, IFORD-Yaoundé 2

Comité de lecture

- Albert ZE, IRESADE Yaoundé
- Roméo TCHANGA, IRESADE Yaoundé
- Bruno BEKOLO, Université de Douala
- Léopold BELA, Université de Douala
- Faty-Myriam Mandou AYIWOUO, Université de Douala
- Mana YADJI, Université de Maroua
- Christian Kitchener NDIPHO TATOU, Minresi-Cameroun
- Gyscard-Merlin POLA, Université de Bamenda
- Alvine ASSEMBE NDI, Université de Yaoundé 1
- Nadège KONDO, Université Alassane Ouatara, Abidjan
- Ondoa Mbassegue Guy Armand, Université de Douala
- Serges BEKOMB, Université de Douala