

INITIATIVE DE BAMAKO ET PAIEMENT DES SOINS DE SANTÉ EN CÔTE D'IVOIRE : QUEL BILAN ?

**MIEZAN Essou Koffi Benjamin,
Bonzou Ella ESSEY épouse OHOUO**

*Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire ; Département d'Histoire-
Géographie, École Normale Supérieure d'Abidjan Côte d'Ivoire
ekbmiezan@gmail.com*

Résumé

Cet article analyse les effets de l'Initiative de Bamako sur le financement et l'accessibilité des soins de santé en Côte d'Ivoire de 1987 à nos jours. Adoptée dans un contexte de crise économique et de réduction des dépenses publiques, l'Initiative a introduit le recouvrement des coûts et le paiement direct des soins comme mécanismes de financement des services de santé. À partir d'une analyse documentaire croisant rapports officiels, études scientifiques et données financières nationales, cette étude montre que le recouvrement des coûts a permis d'assurer la survie fonctionnelle des structures sanitaires. Cependant, il a également constitué une barrière majeure pour les populations les plus pauvres, faute de mécanismes d'exemption suffisamment financés. La mise en place progressive de la Couverture Maladie Universelle (CMU) apparaît comme une tentative de correction structurelle des limites du modèle initial. Le bilan de l'Initiative demeure ambivalent, oscillant entre efficacité financière relative et insuffisance sociale durable. Ce résumé met en évidence la tension entre soutien au système de santé et inégalités d'accès persistantes, soulignant la nécessité de mécanismes plus inclusifs et de financements durables.

Mots-clés : Initiative, Bamako, paiement, soins, recouvrement

Abstract

This article examines the effects of the Bamako Initiative on the financing and accessibility of healthcare in Côte d'Ivoire from 1987 to the present. Adopted in a context marked by economic crisis and reductions in public expenditure, the Initiative introduced cost recovery and direct user fees as mechanisms for financing health services. Drawing on a documentary analysis that combines official reports, scholarly studies, and national financial data, this study demonstrates that cost recovery contributed to the functional survival of health facilities. However, it also constituted a major barrier for the poorest populations, due to the insufficient funding of exemption mechanisms. The gradual implementation of Universal Health Coverage (UHC) appears as a structural attempt to address the limitations of the initial model. The overall assessment of the Initiative remains ambivalent, oscillating between relative financial effectiveness and enduring social inadequacy. This abstract highlights the tension between

sustaining the health system and persistent inequalities in access, underscoring the need for more inclusive mechanisms and sustainable financing strategies.

Keywords : Bamako Initiative ; cost recovery; user fees; healthcare financing;

Introduction

En 1960, au moment de son accession à l'indépendance, la Côte d'Ivoire met en place une politique sanitaire principalement orientée vers les soins curatifs. D'importants moyens sont mobilisés pour la construction d'hôpitaux modernes, destinés prioritairement aux populations urbaines. À Abidjan, sont édifiés l'hôpital de Cocody et l'Institut de cardiologie, tandis que l'hôpital de Treichville est réhabilité et l'Institut National de Santé Publique créé (INSP) (Miezan, 2021). D'autres villes de l'intérieur, notamment Korhogo et Bouaké bénéficient d'infrastructures hospitalières modernes (Ministère de la santé de Côte d'Ivoire, 1996).

Cependant, cette politique centrée sur le curatif révèle rapidement ses limites. Les soins restent concentrés en milieu urbain et les populations rurales demeurent largement exclues de l'offre sanitaire structurée. La Conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue à Alma-Ata en 1978 marque un tournant majeur consacrant le principe de l'accessibilité universelle aux soins de santé primaires (Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire, 1996). La mise en œuvre de ces recommandations se heurte toutefois à des contraintes financières importantes, aggravées par la crise économique des années 1980 et les programmes d'ajustement structurel (Ridde, Girard, 2004).

C'est dans ce contexte qu'en septembre 1987, l'Initiative de Bamako est adoptée sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) et de du Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF). Cette réforme introduit le principe du recouvrement des coûts et encourage la participation communautaire au financement des soins. Environ quarante ans après son adoption, le bilan demeure contrasté. Le mécanisme a permis d'assurer une certaine continuité de l'approvisionnement en médicaments

essentiels, mais a renforcé les barrières financières à l'accès aux soins pour les populations les plus vulnérables.

L'introduction progressive du paiement direct des soins transforme profondément le système sanitaire ivoirien. De nombreuses familles, notamment en milieu rural et dans le secteur informel rencontrent des difficultés croissantes pour accéder aux services de santé (Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire, 1998).

Dès lors, la question centrale se pose : dans quelle mesure le système de paiement direct instauré dans le cadre de l'Initiative de Bamako a-t-il influencé l'accès aux soins en Côte d'Ivoire ? Quel bilan peut-on dresser après quarante années de mise en œuvre ?

L'objectif général de cette étude est d'évaluer l'impact de l'Initiative de Bamako sur le financement et l'accessibilité des soins en Côte d'Ivoire. Plus spécifiquement, il s'agit d'analyser le contexte historique de son adoption, l'évolution du paiement des soins, ses effets sociaux et financiers sur les populations, les dynamiques de transition vers la Couverture Maladie Universelle.

Pour mener cette recherche, nous avons utilisé une méthodologie documentaire fondée sur l'analyse croisée de sources institutionnelles et académiques. Les données proviennent principalement de la bibliothèque numérique de l'OMS, des rapports sur la situation sanitaire des années 1998, 1999 et 2000, ainsi que des tomes I et II du Plan national de développement sanitaire (PNDS) du Ministère ivoirien de la Santé. Ces documents ont été complétés par des thèses et articles scientifiques afin de diversifier les perspectives analytiques et d'assurer un équilibre critique dans l'interprétation des données. Les informations collectées ont été classées par thème puis croisées pour vérifier leur cohérence et renforcer leur fiabilité. Les données retenues ont servi de base à la structuration du travail en trois parties. La première analyse le contexte et fondements de l'Initiative de Bamako. La deuxième examine l'évolution du paiement des soins et de ses implications sociales. La troisième dresse un bilan financier du recouvrement des coûts dans le cadre de l'Initiative de Bamako.

1. L'Initiative de Bamako

Au lendemain des indépendances, la plupart des pays d'Afrique subsaharienne adoptent une politique sanitaire principalement orientée vers les soins curatifs. Les soins de santé primaires, bien qu'existants, demeurent relégués au second plan dans les priorités budgétaires et organisationnelles (Miezan, 2021). En 1978, la Conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue à Alma-Ata consacre le principe de la santé *pour tous* et recommande l'intégration effective des soins de santé primaires dans les politiques nationales. Toutefois, la mise en œuvre de ces recommandations se heurte à d'importantes contraintes, notamment d'ordre financier (Comité Régional Afrique 49, 1999). C'est dans ce contexte qu'est adoptée en 1987 l'Initiative de Bamako, conçue comme une réponse aux difficultés structurelles de financement des systèmes de santé africains. Cette section analyse le contexte de son adoption ainsi que les principales décisions qui en découlent.

1.1. Contexte de l'Initiative de Bamako

En septembre 1987 se tient à Bamako une réunion consacrée à l'accessibilité des soins de santé dans les pays du Sud. Cette rencontre intervient dans un contexte marqué par la crise économique des années 1980, laquelle fragilise profondément les finances publiques des États africains (Comité Régional Afrique 49, 1999). Sous l'effet de la récession internationale et des programmes d'ajustement structurel imposés par les institutions de Bretton Woods, les budgets alloués aux secteurs sociaux, notamment la santé, connaissent une réduction significative. De nombreux États deviennent alors incapables de mettre en œuvre les recommandations issues de la Conférence d'Alma-Ata, lesquelles exigeaient un accès universel aux soins de santé primaires (Miezan, 2021).

En Côte d'Ivoire, le budget de la santé connaît une régression notable. Selon Miezan (2021), il ne représente plus que 5,3 % du

budget de fonctionnement au cours des années 1980, alors qu'entre 1960 et 1980, il atteignait environ 12 %, faisant du secteur sanitaire le deuxième poste budgétaire après l'éducation. Cette contraction budgétaire compromet la gratuité des soins jusque-là assurée par l'État (Miezan, 2020).

De 1960 à 1980, l'État ivoirien prenait en charge l'essentiel des dépenses liées aux soins et aux médicaments (Miezan, 2020). Cette politique garantissait un accès relativement large aux services de santé, mais présentait néanmoins des limites en matière d'équité territoriale car les infrastructures modernes étant principalement concentrées dans les centres urbains. Face à cette double contrainte, à savoir la crise financière et les inégalités d'accès, l'OMS et l'UNICEF parrainent la réunion de Bamako, qui rassemble les ministres de la santé de quarante-trois pays africains (Comité Régional Afrique 49, 1999). L'objectif est de proposer un mécanisme de financement susceptible d'assurer la continuité des services de santé primaires malgré la contraction des ressources publiques (Comité Régional Afrique 49, 1999).

L'Initiative de Bamako recommande ainsi l'instauration du recouvrement des coûts et la participation communautaire au financement des soins. Les ressources mobilisées doivent permettre l'approvisionnement régulier en médicaments essentiels, le renouvellement du matériel médical et le renforcement des services de santé en faveur des femmes et des enfants (Ridde, Girard 2004).

Les propositions adoptées prennent le nom du lieu de la réunion, *l'Initiative de Bamako*. Plusieurs ministres africains de la santé y participent, dont celui de la Côte d'Ivoire, Alphonse Djédjé Mady. L'objectif principal consiste à encourager les communautés à s'impliquer dans la mise en place d'un système de financement local fondé sur l'achat de médicaments essentiels et sur le paiement direct des services (Comité Régional Afrique 49, 1999).

1.2. Les propositions de l'Initiative de Bamako

L'Initiative de Bamako s'est tenue du 9 au 15 septembre 1987 à Bamako, au Mali, dans le cadre de la trente-septième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Afrique (WHO, 1987). À l'issue des travaux, les ministres africains de la Santé ont adopté la résolution AFR/RC37/6, considérée comme le texte fondateur de l'Initiative, avec pour objectif le renforcement des soins de santé primaires dans un contexte de crise financière aiguë (Comité Régional Afrique49, 1999).

Selon le Comité régional de l'OMS Afrique, l'Initiative de Bamako vise à promouvoir la participation active des communautés à l'amélioration de leur propre santé par la mise en place de mécanismes locaux d'approvisionnement en médicaments essentiels à des coûts jugés abordables (Comité Régional Afrique 49, 1999). L'approche repose sur le principe selon lequel les communautés doivent être des acteurs centraux du financement et de la gestion des services de santé au niveau des districts sanitaires. L'objectif général de l'Initiative est d'améliorer l'état de santé des populations, en particulier celui des femmes et des enfants, par le renforcement des soins de santé primaires. Plus spécifiquement, elle encourage la mise en place d'un système de financement communautaire fondé sur le recouvrement des coûts et le paiement direct des usagers pour les consultations et les médicaments (WHO, 1987).

L'un des axes majeurs de cette réforme réside dans l'institutionnalisation du recouvrement des coûts. Ce mécanisme prévoit que les recettes issues des paiements des patients soient réinjectées dans le fonctionnement des structures sanitaires, notamment pour l'achat de médicaments essentiels, la maintenance des équipements et le financement des activités courantes (Comité Régional Afrique 49,1999). Cette orientation marque une rupture importante avec les politiques de gratuité largement pratiquées dans les premières décennies postindépendance.

En Côte d'Ivoire, l'adoption de l'Initiative de Bamako s'inscrit dans une dynamique déjà amorcée au milieu des années 1980. Les

réformes issues des États généraux de la santé de 1984 avaient conduit à l'érection de plusieurs structures sanitaires en établissements publics à caractère industriel et commercial, notamment les Centres hospitaliers universitaires de Treichville et de Cocody ainsi que la Pharmacie de la Santé Publique (Miezan, 2021). Ce statut impliquait une autonomie financière accrue et ouvrait la voie à la facturation des prestations médicales (Miezan, 2021).

Ainsi, dans le cas ivoirien, l'Initiative de Bamako ne constitue pas une rupture totale, mais plutôt une consolidation et une généralisation d'un processus déjà engagé vers une tarification partielle des services de santé. Elle formalise et étend le principe du paiement direct à l'ensemble des structures de soins primaires et renforce la logique de financement par les usagers. Ce modèle permet de sécuriser l'approvisionnement en médicaments et d'assurer une relative autonomie financière des formations sanitaires. Toutefois, il introduit simultanément une différenciation de l'accès aux soins fondée sur la capacité contributive des ménages. Cette tension entre viabilité financière et équité sociale constitue le cœur des débats relatifs au bilan de l'Initiative de Bamako.

2-Le paiement des soins : une décision structurante de l'Initiative de Bamako

Les décisions issues de l'Initiative de Bamako ont produit à la fois des effets positifs et des effets négatifs en Côte d'Ivoire. Elles ont permis d'améliorer la disponibilité des médicaments essentiels et d'assurer une relative autonomie financière des formations sanitaires. Toutefois, elles ont également introduit des mécanismes susceptibles d'accentuer les inégalités d'accès aux soins. Dans cette analyse, l'accent est mis sur l'une des mesures centrales de la réforme, à savoir l'introduction du paiement direct des soins par les usagers et ses conséquences pour les populations les plus pauvres

2.1. De la politique de paiement direct à la Couverture Maladie Universelle

Jusqu'au début des années 1980, l'État ivoirien assurait une prise en charge quasi complète des soins et des médicaments pour la population. Ce modèle reposait sur une forte intervention publique et garantissait un accès relativement large aux services de santé (Tizio, Flori, 1997). Toutefois, il demeurait structurellement dépendant des ressources budgétaires de l'État.

En Côte d'Ivoire, le paiement direct fut progressivement introduit à partir de 1991, puis généralisé en 1994 (Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire, 2000). Les usagers devaient désormais régler les frais de consultation, les médicaments et certains actes médicaux. Cette réforme permit de générer des ressources supplémentaires pour les établissements de santé, mais elle constitua également une barrière financière significative pour les ménages à faibles revenus.

Selon Ayé et *al.*, près de 69 % des populations pauvres se trouvaient dans l'incapacité financière d'accéder aux soins publics durant cette période (Ayé et *al.*, 2002). Le paiement direct eut ainsi pour effet de réduire la fréquentation des structures sanitaires par les plus vulnérables, entraînant des retards de prise en charge, des renoncements aux soins et un recours accru à l'automédication ou aux circuits informels. Face à ces effets, les autorités ivoiriennes ont progressivement engagé une réforme visant à réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins. Cette dynamique aboutit en 2014 à la mise en place de la Couverture Maladie Universelle.

La CMU repose sur un mécanisme de mutualisation des risques, combinant une cotisation contributive pour la majorité de la population et un régime non contributif destiné aux personnes économiquement vulnérables. Le dispositif prévoit une prise en charge d'environ 70 % des coûts des soins pour les assurés, tandis que les indigents identifiés bénéficient d'une couverture intégrale (WHO, World Bank, 2025).

En 2025, les autorités ont renforcé ce dispositif par des mesures exceptionnelles en faveur des travailleurs du secteur informel inscrits à la CMU. Entre le 1er mai et le 31 août 2025, la prise en

charge des soins a été fortement subventionnée. Dans les zones rurales, la couverture fut totale, tandis qu'en zone urbaine les patients ne supportaient que 30 % des frais, l'État prenant en charge les 70 % restants (WHO, World Bank, 2025). Ces mesures ont contribué à réduire temporairement les barrières financières héritées du système de paiement direct.

Cependant, malgré ces avancées, plusieurs défis persistent. Le taux d'enrôlement demeure incomplet, l'utilisation effective des services reste parfois limitée et des difficultés administratives et financières affectent la mise en œuvre du dispositif (WHO, World Bank, 2025). Le système ivoirien se trouve ainsi dans une phase de transition entre un modèle historiquement fondé sur le paiement direct et un modèle de protection sociale visant l'accès universel.

L'histoire du paiement des soins en Côte d'Ivoire illustre un mouvement de balancier entre logique marchande et logique de solidarité. L'Initiative de Bamako a constitué une étape structurante de cette trajectoire en redéfinissant le rôle des usagers dans le financement du système sanitaire. La mise en place de la CMU traduit une volonté de corriger les effets sociaux du paiement direct tout en maintenant les impératifs de soutenabilité financière.

2.2. Le moindre accès aux soins pour les pauvres dans le cadre de l'Initiative de Bamako

L'adoption de l'Initiative de Bamako en 1987 a constitué un tournant majeur dans l'organisation des soins de santé en Afrique subsaharienne. Elle reposait sur le principe du recouvrement des coûts, selon lequel les patients contribuaient financièrement aux consultations et à l'achat des médicaments essentiels. Cette réforme visait à assurer l'approvisionnement régulier des structures sanitaires et renforcer leur autonomie financière dans un contexte de contraction des budgets publics. Toutefois, cette approche a introduit une barrière financière significative pour les populations pauvres, limitant leur accès aux soins. En Côte d'Ivoire, où une large proportion de la population dépend du secteur informel et ne bénéficie d'aucune protection sociale, l'instauration du paiement

direct a constitué un obstacle immédiat à l'accès aux soins (WHO, World Bank, 2025).

Afin de limiter ces effets, l'Initiative prévoyait la mise en place de mécanismes d'exemption pour les indigents, avec la création de services sociaux chargés d'identifier et de prendre en charge les populations les plus démunies (Miezan, 2021). En Côte d'Ivoire, ces missions ont été confiées au ministère en charge des affaires sociales et de la lutte contre la pauvreté. Toutefois, dans la pratique, ces dispositifs se sont révélés largement insuffisants. Les difficultés budgétaires et administratives dans l'identification des bénéficiaires, l'absence de critères homogènes et la stigmatisation sociale ont limité l'efficacité de ces mesures (Miezan, 2021). La protection des populations vulnérables est donc restée fragmentaire, tandis que le paiement direct s'est imposé comme norme dominante.

Le moindre accès des pauvres aux soins ne peut dès lors être considéré comme un effet secondaire accidentel. Il constitue une conséquence structurelle du mode de financement instauré par l'Initiative de Bamako. En l'absence d'un mécanisme national robuste de compensation ou de redistribution, le système a institutionnalisé un accès différencié aux services de santé. Cette situation a entraîné des effets cumulatifs négatifs, tels que le retard dans la prise en charge des pathologies évitables, l'aggravation des maladies faute de soins précoces, le maintien d'indicateurs sanitaires défavorables pour les populations vulnérables et l'approfondissement des inégalités sociales en matière de santé. L'expérience ivoirienne confirme ainsi que lorsque le financement repose principalement sur le paiement direct des usagers, les populations les plus pauvres sont systématiquement désavantagées.

En définitive, l'Initiative de Bamako a permis de renforcer la viabilité financière des formations sanitaires, mais au prix d'une tension persistante entre soutenabilité économique et équité sociale. Le moindre accès des populations pauvres apparaît non comme une anomalie, mais comme une limite intrinsèque du

modèle fondé prioritairement sur la contribution individuelle. Cette analyse souligne la nécessité de mécanismes complémentaires de solidarité et d'exemption afin de garantir un accès véritablement universel aux soins de santé

3. Bilan financier du paiement des soins dans le cadre de l'Initiative de Bamako en Côte d'Ivoire

Le recouvrement des coûts instauré dans le cadre de l'Initiative de Bamako a constitué un mécanisme central du financement des services de santé en Côte d'Ivoire. Son évaluation nécessite d'examiner à la fois son apport financier pour les formations sanitaires et ses effets sur l'équité d'accès aux soins. Cette section analyse, d'une part, l'importance du recouvrement des coûts pour la survie et le fonctionnement des structures sanitaires et d'autre part, les limites sociales liées à l'insuffisance des mécanismes de compensation en faveur des populations vulnérables.

3.1. L'importance du recouvrement des coûts pour la survie des formations sanitaires

L'Initiative de Bamako adoptée en 1987 a introduit la généralisation du recouvrement des coûts auprès des usagers comme stratégie de financement des soins de santé. Cette mesure visait à assurer un financement régulier des services essentiels dans un contexte économique difficile, marqué par la diminution des budgets publics au cours des années 1980 et 1990. L'instauration de frais pour les actes de santé s'inscrivait dans une logique de mobilisation de ressources internes, avec une implication directe des communautés locales dans la gestion des structures sanitaires. Bien que les données précises pour les années 1990 demeurent limitées, plusieurs analyses montrent que les paiements directs des ménages ont constitué une part importante du financement sanitaire en Côte d'Ivoire. Au début des années 2000, la part des dépenses de santé financées par les ménages approchait 70 % du total dans l'espace UEMOA, plaçant la Côte d'Ivoire parmi les pays

les plus concernés (World Bank, 2000). Un tableau dressé à partir des rapports annuels sur la situation sanitaire donne un aperçu des fonds issus du recouvrement des soins de santé pour la période 1995-1998.

Tableau 1 : Fonds issus du recouvrement des coûts (en FCFA)

Etablissements	1995	1996	1997	1998
EPN	10.804.632 .485	10.324.076 .455	10.569.661 .161	10.454.098 .747
CHR	400.340.88 0	456.761.51 5	580.686.18 8	467.253.56 0
HG	634.970.49 7	624.082.0 87	813.979.87 9	713.727. 951
DCS	295.589.17 0	314.608.12 0	446.567.23 5	548.890.89 2
EPS	133.650.00 0	148.527.36 1	486.624.14 7	928.551.51 2
Autres	307.091.27 0	320.552.68 8	337.078.64 6	353.153.18 4
Total	12.576.274 .302	12.188.608 .226	13.234.597 .256	13.465.671 .846

Source : Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire, 1998

Les rapports annuels de la santé pour la période 1995-1998 confirment l'importance de ces contributions. Le total des fonds mobilisés par le recouvrement des coûts est passé de 12. 576. 274. 302 FCFA en 1995 à 12 .188 .608 .226 FCFA en 1996 avant de progresser à 13. 234 .597. 256 FCFA en 1997 et à 13. 465. 671. 846 FCFA en 1998, soit une croissance moyenne annuelle estimée entre 2 et 3 %.

Les Établissements Publics Nationaux représentaient l'essentiel des redevances perçues, soit environ 86 % en 1995, 85 % en 1996

et 80 % en 1997, avant de représenter 77,7 % en 1998. Ces chiffres illustrent le rôle central joué par les contributions des usagers dans le financement des structures sanitaires, en particulier pour les établissements publics nationaux.

Selon des données plus récentes de la Banque mondiale, la participation directe des ménages est demeurée significative, représentant environ 32 % des dépenses totales de santé en 2020 (WHO, World Bank, 2023). Ces ressources ont permis de renforcer l'autonomie des centres de santé, d'assurer l'approvisionnement en médicaments essentiels, d'acquérir des fournitures et de financer le fonctionnement des unités sanitaires, notamment dans les districts où l'appui budgétaire de l'État était insuffisant. La mobilisation de ces fonds a contribué à limiter les ruptures de stock et maintenir un niveau minimal de qualité des services.

Cependant, malgré leur utilité pratique, ces recettes n'ont jamais constitué une solution durable ni suffisante pour garantir un accès équitable aux soins. Elles n'étaient pas accompagnées de mécanismes publics complets de redistribution ni de dispositifs d'exemption réellement efficaces pour les populations vulnérables. Ainsi, le recouvrement des coûts a renforcé la viabilité financière des établissements de santé, mais a également institutionnalisé une dépendance aux paiements directs, laissant les plus démunis confrontés à des obstacles persistants dans l'accès aux soins. Cette tension entre autonomie financière et équité sociale demeure l'un des héritages structurels majeurs de l'Initiative de Bamako.

3.2. Limites sociales du recouvrement des coûts et insuffisance des mécanismes de compensation

Malgré l'apport financier qu'il a permis, le recouvrement des coûts instauré dans le cadre de l'Initiative de Bamako a constitué un obstacle majeur à l'accès équitable aux services de santé. L'Organisation mondiale de la Santé définit les paiements directs comme l'ensemble des dépenses engagées par les ménages au moment de l'utilisation des services, incluant les consultations et

l'achat de médicaments, en l'absence d'un mécanisme de tiers payant (WHO, World Bank, 2000).

En Côte d'Ivoire, cette réalité s'est traduite de manière particulièrement marquée par la forte proportion de dépenses de santé financées directement par les ménages. En 2020, plus de 30 % des dépenses de santé étaient financées directement par les ménages, ce qui impliquait que les patients supportaient une part substantielle des coûts au moment même de l'accès aux soins (WHO, World Bank, 2023). Cette dépendance aux paiements directs a exercé un effet dissuasif sur les populations les plus démunies. En l'absence de systèmes de prépaiement ou d'assurance véritablement généralisés, de nombreuses familles à faible revenu retardaient le recours aux soins ou y renonçaient totalement, en particulier pour les soins préventifs ou pour des affections jugées non urgentes.

Les mécanismes d'exemption destinés aux indigents existaient formellement, mais ils manquaient de budgets propres et de financements publics stables (Miezan, 2021). Ces dispositifs se sont révélés incapables de compenser l'effet dissuasif des paiements directs, faute de moyens suffisants et d'une identification systématique des populations vulnérables. L'accès aux soins est ainsi demeuré inégal, renforçant les disparités socio-économiques. En 2016, près de 97 % des dépenses en médicaments et fournitures étaient encore assumées par les ménages, exposant ces derniers à des risques élevés de dépenses catastrophiques ou d'appauvrissement lié à la maladie (WHO, World Bank, 2023). Cette situation met en évidence une contradiction structurelle du modèle. Le recouvrement a contribué à l'autonomie financière des centres, mais il a parallèlement institutionnalisé un accès différencié aux soins.

Depuis 2021, la mise en place progressive de la Couverture Maladie Universelle (CMU) vise à réduire ces inégalités. Les dernières données indiquent que plus de 23 millions de personnes sont désormais inscrites à la CMU. Ce dispositif s'accompagne de mesure de gratuité aux populations vulnérables, notamment les

enfants, les femmes enceintes et les indigents (CNAM, 2025). Cependant, malgré ces progrès, la part des dépenses directes des ménages reste élevée, et les mécanismes d'exemption ne couvrent pas encore tous ceux qui en auraient besoin. De plus, des défis opérationnels subsistent, notamment la disponibilité des médicaments et des services dans certaines régions, ce qui limite l'efficacité réelle de la CMU.

L'Initiative de Bamako a donc permis de maintenir la viabilité financière des structures sanitaires, mais au prix d'une exclusion partielle des populations pauvres. Les réformes récentes, à travers la CMU et l'extension des dispositifs d'exemption, montrent une volonté de corriger ces déséquilibres, mais elles nécessitent encore un renforcement pour atteindre un accès véritablement équitable aux soins pour tous

Conclusion

L'Initiative de Bamako a marqué une étape majeure dans les politiques de santé en Afrique subsaharienne, particulièrement en Côte d'Ivoire. En introduisant la participation communautaire et le recouvrement des coûts, elle a permis de maintenir les services de santé primaires malgré la contraction des budgets publics, tout en renforçant l'autonomie financière des structures et la disponibilité des médicaments essentiels.

Cependant, le paiement direct a constitué un obstacle pour les populations vulnérables, retardant l'accès aux soins et accentuant les inégalités. Les dispositifs d'exemption pour les indigents sont restés insuffisants, limités par les financements et les difficultés d'identification des bénéficiaires.

L'évolution vers la Couverture Maladie Universelle (CMU) et les dispositifs de gratuité ciblée traduisent la volonté de corriger ces effets sociaux. En 2025, plus de 23 millions de personnes en bénéficient, notamment les travailleurs du secteur informel, les indigents et les populations rurales, réduisant la part des dépenses directes supportées par les ménages. Néanmoins, l'enrôlement

reste incomplet et l'utilisation des services dépend toujours de la disponibilité des soins et de la gestion administrative.

Ainsi, après près de quarante ans, le bilan de l'Initiative de Bamako apparaît contrasté : elle a renforcé le financement et l'autonomie des structures, tout en révélant les limites du paiement direct. L'expérience ivoirienne souligne l'importance de politiques inclusives conciliant viabilité économique et équité sociale pour garantir un accès universel aux soins.

Référence Bibliographique

AYÉ Marcelin et al, « Economic role of solidarity and social capital in accessing modern health care services in the Ivory Coast », *Social Sciences & Medicine* 55/2002, pp1929-1946

CAISSE Nationale d'Assurance Maladie, 2025, La CNAM annonce 22 77 millions de personnes enrôlées à la Couverture Maladie Universelle, Abidjan,

COMITÉ Régional Afrique 49,1999, *Examen de la mise en œuvre de l'initiative de Bamako*, OMS Afrique, <https://iris.who.int/handle/10665/1937>

MIEZAN Essou Koffi Benjamin, « Les conséquences la crise des années 1980 sur la gestion du CHU de Treichville (1980-1995) », revue *Laasse* , 2020/20, pp65-78

MIEZAN Essou Koffi Benjamin 2021, *Histoire du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville : De l'annexe du Plateau au Centre Hospitalier Universitaire (1938-2001)*, Thèse d'histoire, université Félix Houphouët Boigny

MINISTÈRE de la Santé de Côte d'Ivoire 1996, Plan national de développement sanitaire de 1996 à 2005, tomes1&2

MINISTÈRE de Santé de Côte d'Ivoire, 1998, Rapport Annuel sur la situation sanitaire

MINISTÈRE de la Santé de Côte d'Ivoire, 2000, Rapport annuel sur la situation sanitaire des années 1999 à 2000

RIDDE Valérie, GIRARD Jacques, « Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour

l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains », Santé publique, 2004/16, pp 37-51, <https://dot.org/10.3917/spub.041.0037>

TIZIO Stéphane, FLORI Antoine, « Initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour tous », Revue du Tiers Monde, 1999/152pp 853-852

WHO Regional Committee for Africa 1987, Resolution AFR/RC37/R6 on women and children's health through the funding and management of essential Drugs at Community level, (Bamako initiative), World health organization Regional Office for Africa, <https://www.afro.who.int/publications/resolution-afrc37r6-bamako-initiative>

WORLD Bank, 2000, Revue de la gestion et du système des finances publiques, Côte d'Ivoire, Rapport n°44429, <http://documents.worldbank.org/curafed/en/8173468246890728/pdf44429v10FREN1incipalo0-nov02000final.pdf>

WHO & WORLD Bank, 2023, La couverture maladie universelle, rapport mondial de suivi, <http://iris.who.int/handle/10665/374894>

WHO & WORLD Bank, 2025, Tracking universal Health Coverage Global Monitoring report 2025, <http://www.int/mega-menu/data/report//uhc-global-monitoring-report?utm>