

La santé en Afrique du Sud d'aujourd'hui

LA ségrégation raciale dans les hôpitaux a peu à peu disparu au cours de l'année 1993 mais l'année précédente dans l'ancienne province du Transvaal, articulée autour du Prétoría, quatre hôpitaux publics réservés aux Blancs n'acceptaient toujours pas de malades noirs. De plus, le système d'apartheid avait institué une allocation des moyens financiers sur des bases raciales inégalitaires. Ainsi en 1992/1993, l'hôpital *Groote-Schuur* (province du Cap), réservé principalement aux Blancs, recevait une dotation de près de 590 millions de francs, soit deux fois plus que celle accordée à l'hôpital *King Edward VIII* (province du Kwazulu-Natal), qui accueillait les Noirs avec 33 % de lits en plus.

Les inégalités économiques et sociales, stratifiées en fonction de la couleur de la peau, ont déterminé le tableau de la morbidité et des soins de santé en Afrique du Sud. En 1990, le taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances est de 52,8 pour les Noirs contre 28 pour les métis, 13,5 pour les Indiens et 7,3 pour les Blancs. En 1991, l'espérance de vie moyenne est de 63 ans mais elle est supérieure de 9 ans pour les Blancs par rapport aux Noirs.

En Afrique du Sud, une construction parallèle de deux systèmes thérapeutiques s'est opérée, celui des populations blanches et celui des populations noires ; deux constructions empiriques séparées — mais pas

en totale rupture — qui ont conduit à l'élaboration ainsi qu'à la consolidation de deux visions différentes d'un même concept, celui de santé. Les origines du système médical officiel actuel en Afrique du Sud remonte à 1652, date à laquelle le Cap devient une colonie ainsi qu'une station de repos et de ravitaillement pour les bateaux de la Compagnie hollandaise des Indes. A la fin du XVIII^e siècle, une ébauche de soins se dessine mais elle reste peu organisée. A la fin du XIX^e siècle, la médecine se développe dans les villes mais les campagnes demeurent toujours isolées. Le premier hôpital rural ne verra le jour qu'en 1889 dans le Nord-Transvaal. Dès ses débuts, la médecine est exercée séparément selon les races mais aussi selon les couches sociales. Les caractéristiques actuelles du système de santé sud-africain, une médecine hospitalo-centrée ainsi qu'un déséquilibre rural/urbain, sont posées dès les années 1800. Ces évolutions vont encourager le recours aux plantes médicinales locales de la part des colons blancs et le développement de la médecine traditionnelle pour les populations bantoues.

Rompre avec l'hospitalocentrisme

L'organisation du système de santé se caractérise par un hospitalo-

centrisme très prononcé comparable aux systèmes de santé occidentaux : 44 % du budget du ministère de la Santé est dévolu aux huit centres hospitaliers universitaires ou *Academic Health Centres* qui constituent l'ossature du dispositif, alors que seulement 6 % du budget est versé aux soins de santé primaires (vaccinations, préventions des maladies contagieuses, etc.). L'ancien gouvernement soutenu par le Parti national souhaitait accorder une autonomie de gestion à ces huit centres mais la loi de 1993 (*Academic Health Centres Bill 86*) est aujourd'hui remise en cause dans le cadre des nouvelles orientations de l'ANC.

Dans un contexte de transition, les nouveaux responsables politiques sont aujourd'hui à la recherche d'objectifs rapidement réalisables et compatibles avec la situation économique, afin d'opérer le rééquilibrage social promis par l'ANC. Le programme de reconstruction et de développement (*RDP/Reconstruction and Development Program*), que certains Afrikaners mal intentionnés ont qualifié de programme de rapide démolition (*RDP/Rapid Demolition Program*), constitue le fil directeur des réformes. Le gouvernement s'est assigné un ambitieux délai de réalisation de cinq ans pour concrétiser le changement, mais aussi pour prévenir les mécontentements déjà perceptibles dans les townships comme Soweto.

Ce programme social prévoit notamment la construction d'un million de logements et l'électrification de 2,5 millions des ménages. Les divergences, étalées en place publique, entre Tokyo Sexwale, Premier ministre du PWV, et Joe Slovo, ministre du Logement, aujourd'hui décédé, illustrent le fossé entre de généreuses promesses pré-électorales et les contraintes budgétaires de l'État.

En matière de santé publique, le Plan national de l'ANC met l'accent sur le renforcement des structures de soins de santé primaires selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé. Les visites effectuées à l'hôpital Baragwanath de Soweto (3 127 lits) et à l'hôpital de Mamelodi (72 lits) permettent de mieux mesurer les implications de cette orientation qui n'est pas nouvelle, mais qui jusque-là avait toujours été invoquée de manière incantatoire. La population de Soweto, dans la périphérie de la mégapole industrielle de Johannesburg, est estimée à près de 4 millions d'habitants avec l'installation de nouveaux migrants à un rythme quotidien qu'il est impossible de quantifier. La croissance anarchique de ce township et l'érection de bidonvilles s'effectuent dans des conditions de promiscuité et de salubrité indescriptibles. Pour répondre aux besoins de base de ces populations, 13 cliniques de jour, dépendant de l'hôpital de Baragwanath ont pour mission d'éviter l'engorgement de ce dernier. Comptant officiellement 3 217 lits, le plus grand hôpital de l'hémisphère Sud ne peut en faire tourner que 2 100 à 2 300 par jour du fait de l'insuffisance de ses moyens financiers. Les listes d'attentes pour les admissions sont chose courante pour cet hôpital qui réalise en moyenne 350 entrées aux urgences quotidiennement. Les conditions d'accueil et de séjour des malades dans des unités de 20 à 30 lits sont particulièrement rudimentaires, mais le plateau technique apparaît bien doté en équipements lourds (angiographie numérisée, scanner, blocs opératoires).

Rééquilibrer les équipements hospitaliers sur le plan spatial

Une grande priorité du Plan national de santé concerne les zones rurales dramatiquement dépourvues en équipements hospitaliers. Selon les statistiques gouvernementales, et sans tenir compte des ex-homelands dits indépendants (Transkei, Bophutatswana, Venda et Ciskei/TBVC), la population rurale représente 43,4 % de la population totale, mais cette proportion est de 57,3 % chez les Noirs contre 8,9 % pour les Blancs. Un habitat très dispersé dans les campagnes accroît la difficulté du planificateur dans toute tentative de rééquilibrage spatial des structures sanitaires. Le développement de dispensaires volants peut constituer une réponse adaptée et innovante à cette problématique. Il n'en demeure pas moins que l'enjeu essentiel aujourd'hui pour les populations rurales est d'abord l'élection des autorités locales, seules véritablement capables de défendre durablement leurs intérêts. C'est d'ailleurs ce créneau que certaines organisations non gouvernementales ont investi, considérant que la voie politique et représentative pourra agir avec une réelle efficacité.

Développer l'accès aux soins

Nous venons de voir que la première priorité du gouvernement est la disponibilité des structures de soins. Disponibilité difficile en milieu urbain et encore plus problématique en milieu rural. Le problème urbain, en partie généré par une politique basée sur l'inégalité des races, est accentué en milieu rural par l'absence de budget adéquat. Il convient ici de souligner le rôle de la politique des homelands dans ce déséquilibre sanitaire des campagnes. En 1970, le *Bantu Homeland Citizenship Act* est

voté : tous les Africains deviennent citoyens d'un des dix Bantoustans. La majorité des hôpitaux de mission se trouvaient alors sur ces terres. Ils seront dans un premier temps remplacés sous le contrôle du gouvernement sud-africain, lequel les « proposera » aux autorités sanitaires des bantoustans. Le concept de santé va permettre de donner une « crédibilité » à ces nouveaux « gouvernements », de légitimer le non-développement d'institutions de soins par le gouvernement sud-africain en milieu rural et éventuellement de faire pression sur ces autorités.

A partir des années 1990 une série de réformes se met en place mais la fragmentation excessive des services de santé et la non-prise en compte du monde rural persistent.

L'accessibilité représente l'autre priorité du nouveau gouvernement en matière de santé. La gratuité des soins accordée aux femmes enceintes et aux enfants de moins de six ans témoigne de cette volonté politique réaffirmée par le président Mandela lui-même. Cette mesure constitue une première brèche significative dans le principe de responsabilité individuelle pour la santé qui a toujours prévalu en Afrique du Sud. Les soins prodigués en hôpital public eux-mêmes ne sont pas gratuits et le patient doit payer un tarif calculé en fonction de ses revenus. Les indigents sont pris en charge mais se présentent souvent à l'hôpital au dernier moment, quand leur état ne leur permet plus de rester à domicile.

Les enquêtes ont révélé à ce stade un important recours au thérapeute traditionnel. Officiellement, le recours aux guérisseurs traditionnels est illégal de part une loi, le *Health Act de 1974*, amendée en 1982. Mais l'on assiste à des relations de coopération entre les services de soin officiels et ce domaine de la médecine

traditionnelle. Cette situation de non-dit satisfait les populations en leur laissant le choix des soins, les politiciens en ne les contraignant pas à s'engager publiquement sur une question sensible et les guérisseurs en limitant leurs risques vis-à-vis de la justice. Mais, depuis 1988, les équipes sanitaires de l'administration provinciale du Transvaal travaillent conjointement avec les thérapeutes traditionnels en leur proposant des sessions de formation médicale de base. Toujours dans cette perspective, le ministère de la Santé a mis en place au début des années 1990 un groupe de réflexion et de travail sur la médecine traditionnelle et organise aussi des sessions de formation à l'intention des acteurs de cette médecine.

La situation urbaine comme rurale des populations noires favorise une continuité dans l'existence du rôle du thérapeute traditionnel. Les populations sont confrontées à des bouleversements sociaux, à des situations de tensions extrêmes, à de nouvelles maladies, sans que le gouvernement ne leur octroie pour autant les moyens d'assumer une telle situation. Le contexte socio-économique et politique du pays offre à ces thérapeutes le moyen de s'adapter et d'apporter une réponse perçue comme bénéfique pour les populations demandeuses.

Un système de protection sociale pour l'ensemble de la population

Autrefois victime de suspicion et d'ostracisme de la part des autorités de l'apartheid, le *Centre for Health Policy* de l'Université du Witwatersrand collabore aujourd'hui avec le gouvernement dans le but d'élaborer un système de santé national apte à répondre aux besoins de la majorité

noire. Plusieurs scénarios sont envisagés en vue de créer une assurance de santé nationale. L'hypothèse jugée la plus crédible repose sur le modèle sud-coréen qui associe un dispositif d'assurance professionnelle pour la population active (40 % de la population) et une prise en charge par l'État pour le reste de la population (60 %). Le centre propose dans une première étape le regroupement de l'ensemble des compagnies d'assurance dans un dispositif unique placé directement sous le contrôle de l'État ou paritairement avec les professionnels de l'assurance. L'ANC envisage par ailleurs de légiférer afin de rendre obligatoire pour les salariés l'affiliation à une assurance santé. Dans le domaine du médicament, le gouvernement veut encourager l'industrie pharmaceutique à vendre largement sinon exclusivement ses produits à l'État et compte établir une liste des médicaments essentiels de base. Le plan de l'ANC préconise également d'accorder une latitude au pharmacien pour modifier l'ordonnance d'un médecin en substituant un médicament moins coûteux à celui prescrit. Ce projet fera probablement l'objet d'après négociations avec le puissant lobby pharmaceutique.

En relation avec une équipe de recherche du Cap, le *Centre for Health Policy* travaille également sur une meilleure allocation des financements consacrés à la santé et utilisés par les provinces, sur la base du modèle britannique du *Resource Allocation Working Party* (RAWP). Enfin, le centre a été chargé de faire des propositions pour un nouvel organigramme du ministère de la Santé et de définir des modalités de coopération entre le secteur hospitalier public et le secteur privé à but lucratif. Cette démarche suscite l'inquiétude de l'Association natio-

nale des hôpitaux privés et sa présidente, Annette Van Der Merwe, met désormais l'accent sur la nécessité pour le secteur privé d'être plus accessible aux malades.

Par ailleurs, il est intéressant de noter les nombreux travaux produits par ce centre sur la médecine traditionnelle ainsi qu'un certain nombre de conférences sur le sujet. En 1991, 69 % de la population blanche était couverte par une mutuelle, 33 % des indiens, 29 % des métis et 7 % des Africains. En février 1993, des compagnies d'assurances comme la *NBC Medical Aid Society*, suivie en mai de la même année par *OK Bazaars*, acceptent de tenir compte des demandes de remboursements de leurs employés pour consultation d'un guérisseur traditionnel. Les guérisseurs traditionnels occupent de plus en plus la place dans les débats socio-politiques. Officiellement illégaux, ils se regroupent néanmoins en associations afin de donner du poids à leur activité thérapeutique et de renforcer leur revendication et leur demande de légitimation.

A politique nouvelle, hommes nouveaux

Enfin, la mise en œuvre de la politique de santé de l'ANC suppose une recomposition du système institutionnel et administratif. Cette nouvelle conception est en effet en rupture avec un système très hospitalo-centré mis en place par le Parti national. L'ANC souhaite remodeler le fonctionnement bureaucratique et hiérarchisé qui prévaut au sein de l'administration afrikaner.

Le projet consiste à créer une organisation plus horizontale pour le ministère de la Santé. Nkosazana Zuma escompte une entrée en vigueur du principe de l'*Affirmative*

Action au sein de son ministère. Cet objectif revient à instituer une composition de fonctionnaires conforme à la composition ethnique de la population totale du pays, les Noirs représentant donc plus de 80 % de la population totale du pays. L'attribution de postes aux Noirs pourrait s'effectuer par licenciement de fonctionnaires blancs ou par transfert de ces derniers dans des zones prioritaires comme les anciens homelands. Les grèves particulièrement dures dans les hôpitaux de Durban en septembre 1994, nonobstant la revendication salariale des personnels paramédicaux, se sont aussi focalisées contre les équipes de direction hospitalières exclusivement composées de Blancs ou d'Indiens. La résistance opposée à l'application de l'*Affirmative Action* par le syndicat des fonctionnaires de Caspar Van Rensburg laisse une marge de manœuvre étroite et sinueuse au gouvernement face à la machine administrative héritée de l'apartheid.

Il existe peu de pays où le rôle idéologique et rhétorique de la santé soit aussi sensible. Les appels parallèles pour une réforme du système de santé et pour un changement de la situation politique sont autant de désirs pour un gouvernement démocratique. L'idée d'un nouveau système de santé n'est pas le propre des campagnes politiques de 1994. Sous les pressions de la communauté internationale et les appels répétés d'organisations et de particuliers, cette idée a commencé à prendre une forme concrète à la fin des années 80. L'idée préexistait mais on parlait de possibles réformes sans s'engager plus. Le nouveau gouvernement de Nelson Mandela marque un tournant historique dans l'évolution de l'Afrique du Sud et, à ce titre, le thème de la santé est chargé d'enjeux socio-professionnels et poli-

tiques. En janvier 1994, l'ANC annonce officiellement au cours d'une conférence de presse à Johannesburg la rédaction de la deuxième version de son Plan national de santé pour l'Afrique du Sud, la version finale étant prévue pour avril 1994. Cette version a été préparée en collaboration avec des membres de l'OMS et de l'UNICEF. L'ANC est le seul parti engagé dans la compétition électorale à avoir concrètement exposé un programme de santé.

Une nouvelle politique de santé ne peut que s'inscrire dans une amélioration simultanée de l'environnement physique et social. Les problèmes rencontrés aujourd'hui dans le domaine de la santé ne sont pas récents. Nous avons vu qu'il y avait deux catégories de problèmes. Ceux

liés à l'offre de soins et qui concernent les ressources, les politiques de santé et les organisations, et ceux liés à la demande et aux besoins, lesquels mettent en scène directement les populations. L'enjeu, qui met en avant toutes les inégalités et les déficiences, consiste pour les hommes politiques à trouver un équilibre apte à satisfaire les deux groupes. Une démarche qui consiste à tenir compte non seulement des décideurs et des politiques de santé mais aussi des demandeurs, soit les souhaits des patients : approche également embryonnaire mais qui se développe aussi peu à peu dans les pays occidentaux européens.

*Stéphane Bernard
Laurence Creusat*

Un autre regard sur la conflictualité politique au Zaïre*

AU-delà du prisme des commentaires parfois cyniques, parfois désabusés véhiculés aujourd'hui sur le Zaïre, ses déchéances, ses misères et les frasques de son « dictateur », il est peut-être une autre manière de voir, de conceptualiser et aussi de comprendre ce qui à première vue échappe à notre entendement pressé. L'épisode, en apparence insignifiant et dérisoire, qui est relaté ci-dessous en fournit une modeste contribution.

Le quasi fait divers dont il sera

question a pour cadre une des régions les plus reculées du Zaïre, un coin dont jamais personne ne parle : le Maniema, naguère pris dans la tourmente du « honteux » trafic du bois d'ébène à l'époque de l'État indépendant du Congo, du « lumumbisme » tant honni par les diplomates occidentaux dans les années 60, et des grandes rebellions congolaises de 1963-1964.

Il met en scène, à travers un échange épistolaire, une âpre contestation locale comme il s'en produit