

***SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN
AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE***

**FONDATION
NATIONALE
ENTREPRISE ET
PERFORMANCE**

**MISSION
SPECIALE
FONCTION
PUBLIQUE
1998**

**SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX
SOINS EN AFRIQUE DU SUD :**

**FNEP
1998**

**BERNARD
Stéphane**

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

S O M M A I R E

<i>S O M M A I R E</i> _____	2
<i>INTRODUCTION</i> _____	3
<i>I – UN SYSTEME NATIONAL DE SANTE EN GESTATION</i> _____	5
Un système fragmenté et inégalitaire hérité de l’apartheid _____	6
La priorité au développement des soins primaires _____	7
La nécessaire implication des professionnels de santé _____	9
L’organisation territoriale des soins primaires _____	10
Plus d’autonomie au secteur hospitalier _____	12
Une planification plus contraignante pour le secteur privé _____	14
<i>II – VERS LA CREATION D’UNE ASSURANCE SOCIALE NATIONALE</i> _____	16
La rupture avec le principe de responsabilité individuelle pour la santé _____	17
Le coût financier excessif des mutuelles de santé _____	18
Une transformation sociale radicale : l’assurance de santé nationale _____	20
En préliminaire, des contraintes accrues imposées aux mutuelles _____	22
Une assurance maladie, source de financement de l’hôpital public _____	23
De fortes oppositions au projet de réforme _____	26
Les incertitudes liées à la viabilité du nouveau système _____	28
<i>CONCLUSION</i> _____	30

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

INTRODUCTION

Adoptée le 8 mai 1996 et constituée de 244 articles, la nouvelle constitution sud-africaine, pour bien marquer la rupture avec le passé, cherche à garantir de manière particulièrement détaillée les libertés fondamentales. A ce titre, elle fait de l'Afrique du Sud l'un des régimes les plus ouverts et les plus progressistes au monde¹. Dans son article 27, cette constitution précise que « chacun a le droit d'accéder aux soins de santé, y compris ceux concernant la procréation, à la sécurité sociale, y compris une assistance sociale appropriée pour ceux qui sont dans l'incapacité de se prendre en charge ainsi que leurs dépendants ». Mais ce même article 27 indique par ailleurs que « l'Etat devra prendre des mesures législatives raisonnables et d'autres dispositions, compte tenu de ses ressources disponibles, pour parvenir à la réalisation de chacun de ses droits ».

Après avoir lancé un généreux programme de redistribution sociale lors de son accession au pouvoir en 1994², le Congrès national africain (ANC) a depuis infléchi sa politique avec la crise financière de 1996 afin d'engager prioritairement une démarche d'assainissement de l'économie dans le cadre d'une nouvelle doctrine³. C'est dans ce contexte moins favorable que le ministère de la santé tente de mettre en place un système national de santé en Afrique du Sud. Ce projet a été élaboré en partenariat avec les institutions internationales (OMS, UNICEF) et s'inspire des principaux objectifs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : assurer l'égalité d'accès aux soins, contribuer à la prévention des maladies, donner la priorité aux soins primaires, répartir le pouvoir de manière à responsabiliser les patients et les personnels et adapter les coûts aux ressources de la société (principe d'efficience).

Globalement, la politique menée emprunte deux voies qui peuvent paraître contradictoires mais qui constituent en réalité une forme de compromis entre le développement de la santé publique et une orientation économique libérale dictée par les contraintes financières que subit actuellement le pays⁴.

¹ Antoine Bullier (1996), « Afrique du Sud : présentation de la constitution définitive », *Afrique contemporaine*, Trimestriel n° 179, juillet - septembre, page 54.

² *The Reconstruction and Development program (RDP)*.

³ *Growth, Employment and Reconstruction (GEAR)*.

⁴ Dominique Darbon (1998), « Afrique du Sud : normaliser...avant la normalisation », *L'Etat du monde*, Annuaire économique géopolitique mondial 1999, La Découverte, page 199.

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

D'une part, cette politique de santé se traduit par le renforcement des pouvoirs de l'Etat central sur l'ensemble des acteurs publics et privés du secteur : obligation de travailler pendant deux ans dans les régions défavorisées pour les professionnels de santé nouvellement diplômés, régulation accentuée des mutuelles et des compagnies d'assurance, planification hospitalière plus contraignante et fixation au niveau national de normes sanitaires de base obligatoires.

D'autre part, le gouvernement parvient peu à peu à externaliser hors de la sphère de l'Etat les financements dévolus au secteur de la santé. En effet, le développement des soins primaires repose principalement sur les autorités locales et entraîne la création d'un nouveau découpage administratif avec le district. La création d'un régime national d'assurance maladie, outre les contraintes que ce régime impose aux mutuelles de santé, s'effectue dans le cadre d'un financement partagé entre salariés et employeurs et pourrait représenter un prélèvement supplémentaire pour les entreprises de près de 2 milliards de rands⁵.

Le système de santé tel qu'il se dessine par ailleurs en Afrique du Sud s'inspire à la fois du modèle de Beveridge (contrôle de l'Etat, uniformisation des prestations au niveau national) et du modèle « bismarckien », articulé autour d'un système d'assurance sociale fondé sur la solidarité professionnelle et destiné à une partie de la population.

La marge de manœuvre gouvernementale est réduite et se heurte à plusieurs écueils : le poids du chômage et du secteur informel du travail, l'immigration en provenance du reste de l'Afrique, l'impact des épidémies et des fléaux sociaux comme le sida et la tuberculose et la fragilité de l'environnement régional sud-africain caractérisé par une instabilité récurrente des pays voisins tels l'Angola, le Mozambique, dans une moindre mesure le Zimbabwe ou encore le Congo-Kinshasa plus éloigné.

Sur le plan intérieur, l'hostilité du secteur privé et des acteurs économiques est relayée par l'opposition parlementaire qui concentre ses critiques sur des affaires de corruption très médiatisées comme *Sarafina2*⁶. La dénonciation de la corruption dissimule cependant assez mal la faiblesse des alternatives proposées à la politique de santé actuellement menée. Peu imaginatifs sur ce sujet, les partis d'opposition s'en remettent le plus souvent aux règles du marché et à la loi de l'offre et de la demande⁷.

⁵ En 1998, un rand sud-africain équivaut pratiquement à un franc français (100 rands = 100 francs français et 25 centimes au 31 décembre).

⁶ Il s'agit d'une comédie musicale élaborée dans le cadre du programme national de lutte contre le sida et dont le financement par l'Union européenne se serait effectué dans d'obscures conditions, impliquant l'entourage du ministre de la santé.

⁷ Voir Tony Leon (1998), *Hope and fear. Reflections of a democrat*, Jonathan Ball publishers, Johannesburg, page 173. Leader du Parti démocrate (DP), Tony Leon apparaît comme l'étoile montante de l'opposition libérale. Lié aux milieux d'affaires, le Parti démocrate ne dispose actuellement que de 7 députés mais il est crédité de plus de 10% des voix dans les intentions de vote pour les élections générales de 1999.

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

Les réformes engagées dans le domaine de la santé constituent néanmoins autant de transformations en profondeur de la société sud-africaine. Les procédures utilisées sont parfois marquées du sceau du dirigisme et bousculent les corporations et les intérêts particuliers influents qui gravitent dans ce secteur. Ces orientations s'inscrivent néanmoins dans la perspective de développement d'une véritable politique de santé publique, dans un pays qui en était jusque là pratiquement dépourvu.

I – UN SYSTEME NATIONAL DE SANTE EN GESTATION

La politique de santé progressivement mise en œuvre par le gouvernement depuis les élections générales de 1994 constitue en effet, à certains égards, une véritable transformation du système. Les nouvelles dispositions législatives embrassent l'ensemble des secteurs de la santé : médecine de ville, hospitalisation publique et privée, environnement sanitaire, protection sociale. Elles aboutissent à inverser les priorités héritées de l'apartheid et à créer une politique de santé publique au cœur de laquelle se situe d'abord le développement des soins primaires⁸.

Le ministère de la santé a engagé depuis maintenant cinq ans un processus à la fois de nationalisation ou plus précisément de mise sous tutelle - par la création d'un système national de santé (NHS) placé sous le contrôle de l'Etat - et d'adaptation des équipements sanitaires et des protocoles de soins afin de répondre aux besoins de base dramatiquement non satisfaits de la population majoritairement noire en zone rurale. Près de 45% de la population totale en Afrique du Sud vit en zone rurale mais cette proportion atteint 88% dans la province septentrionale (*Northern Province*) et 65% dans la province du Nord-Ouest⁹.

Le ministère de la santé a prévu d'augmenter de 25% sur quatre ans les crédits consacrés aux soins primaires. Cet accroissement significatif des moyens financiers destinés au premier niveau de soins s'effectue par redéploiement, à partir des dotations jusque là versées aux autorités provinciales pour les établissements hospitaliers. Ces derniers vont par ailleurs disposer d'une autonomie de gestion interne renforcée afin d'accroître leur compétitivité et leur attractivité, dans le cadre de la mise en place d'un système national d'assurance maladie. Afin de contrôler plus étroitement le secteur hospitalier privé à but lucratif, le ministère de la santé impose par ailleurs un moratoire sur les autorisations de création ou d'extension de capacité des hôpitaux et renforce son arsenal juridique en introduisant une démarche d'accréditation et de maîtrise des coûts plus exigeante.

⁸ Il s'agit de la notion du *primary health care* (PHC). Voir le document de base qui fonde les orientations actuelles du ministère de la santé : « White paper for the transformation of the health system in South Africa », *Notice 667*, Department of Health, Pretoria, 16 avril 1997.

⁹ Central Statistics CSS (1997), *Statistics in brief, RSA*, République Sud-africaine.

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

Le développement de la santé publique se traduit également par l'émergence d'une politique de prévention et de promotion de la santé qui se heurte aux intérêts économiques et industriels, au sein d'une société où la propension au mercantilisme apparaît comme relativement prégnante. La nouvelle loi anti-tabac¹⁰ portée avec une forte détermination par la ministre de la santé Nkosazana Zuma cristallise les oppositions dans un front du refus qui rassemble, pêle-mêle, les producteurs de tabac, les syndicats, le secteur de la restauration et de l'hôtellerie, relayés au parlement par les députés du Parti national¹¹ et du Parti démocrate.

Le poids que représentent le secteur privé et les associations caritatives dans l'offre de soins en Afrique du Sud en font néanmoins des partenaires incontournables des pouvoirs publics dans le cadre de l'élaboration négociée des politiques nationales de santé.

Un système fragmenté et inégalitaire hérité de l'apartheid

Historiquement, la ségrégation en Afrique du Sud a forgé un système de santé entièrement dualiste et parcellisé. A partir de 1948, le développement de l'apartheid a généré la création d'autorités sanitaires séparées, d'hôpitaux séparés, un traitement différent selon la race, en terme d'accès aux soins, de qualité et de répartition des services. L'instauration à partir de 1971 de zones autonomes appelées bantoustans puis d'Etats « indépendants » pour les noirs entraîne corrélativement la création de 14 ministères de la santé différents pour chacun de ces bantoustans ou *homelands*¹².

La réglementation relative à l'habitat séparé, des flux financiers orientés selon des critères raciaux inégalitaires et le choix d'un modèle de santé hospitalocentré comparable à celui des pays occidentaux aggravent la situation et les conditions de santé des noirs principalement. En 1990, le taux de mortalité infantile pour 1.000 naissances est de 53 pour les noirs contre 28 pour les métis, 14 chez les indiens et 7 pour les blancs. Il atteint même 60 pour 1.000 naissances dans l'ensemble des anciens *homelands* (TBVC).

Les équipements hospitaliers sont traditionnellement situés dans ou à proximité des agglomérations urbaines et font cruellement défaut en zones rurales. Au cours des années 1980, le taux d'équipement hospitalier atteint un lit pour 153 habitants dans les villes de la province du Cap contre un lit pour 358 habitants en zone rurale. Cette situation est identique dans les autres provinces du Natal, du Transvaal ou de l'Etat

¹⁰ *Tobacco Products Control Amendment Bill*, 1998.

¹¹ Avec 82 députés au parlement contre 252 pour le Congrès national africain (ANC) au pouvoir, le Parti national (NP) qui a gouverné sous le régime d'apartheid est actuellement le principal parti d'opposition.

¹² Sont créés des *homelands* dits autonomes avec le Lebowa, le Gazankulu, le QwaQwa, le Kwazulu, le KaNgwane et le KwaNdebele en 1979, auxquels s'ajoutent des *homelands* dits indépendants (TBVC) avec le Transkei (1976), le Bophutatswana, le Venda et le Ciskei en 1981.

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

libre d'Orange. Dans les *homelands*, le taux d'équipement hospitalier se situe à un lit pour 340 habitants contre une moyenne nationale de un pour 180¹³.

Aujourd'hui, le ministère de la santé fait le choix des soins primaires afin de corriger les inégalités raciales et spatiales. Mais cette politique s'inscrit également dans un environnement économique et budgétaire caractérisé par de fortes contraintes sur les finances publiques¹⁴. Cette réorientation du système implique par ailleurs une adhésion ou à défaut une base minimale de consensus avec les professionnels de santé concernés, qui se voient désormais imposer une obligation de servir dans les régions défavorisées. Là encore, des compromis et des mesures d'incitation apparaissent nécessaires vis-à-vis des médecins et des infirmiers, mieux rémunérés dans le secteur privé ou parfois tentés par l'exode à l'étranger. Selon le ministère de l'intérieur, le nombre de médecins et de dentistes ayant émigré a augmenté de près de 70% de 1995 à 1996¹⁵. Ces départs ont été en partie compensés par l'arrivée de plus de 300 médecins cubains depuis 1995.

La priorité au développement des soins primaires

Les soins primaires agissent sur l'environnement global de l'individu, en référence à la définition de la santé telle qu'elle a été énoncée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Les soins primaires doivent intégrer à la fois l'environnement social et sanitaire, les soins médicaux et infirmiers de base qui ne nécessitent pas d'hospitalisation, les aspects de prévention et de promotion de la santé en général. L'offre de soins primaires repose sur l'intervention d'équipes multidisciplinaires composées de professionnels de santé mais aussi de travailleurs sociaux.

¹³ Francie Lund (1992), « Whose welfare ? Fragmentation in the Apartheid bureaucracies », Centre for Social and Development Studies, université du Natal, Durban, novembre.

¹⁴ La monnaie sud-africaine a subi de fortes pressions dans le sillage de la crise des marchés émergents russe et asiatiques. Depuis mai 1998, la banque centrale a emprunté pour soutenir le rand et ses réserves ont fondu. Le Fonds monétaire international (FMI) a placé le pays sous surveillance. Voir *Le Monde*, vendredi 4 septembre 1998, page 3.

¹⁵ South African Institute of Race Relations (1998), « South Africa Survey 1997/1998 », Johannesburg, page 203.

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

- Typologie des soins primaires dans le cadre de la mise en place des districts¹⁶ :

Services organisés et financés au niveau du district	Professionnels de santé concernés
<i>Promotion et éducation à la santé</i>	Conseillers en éducation à la santé
<i>Alimentation et nutrition</i>	<i>Nutritionnistes, Diététiciens</i>
Prévention des maladies transmissibles et contagieuses	Spécialistes de santé publique, épidémiologistes, médecins généralistes
Santé scolaire incluant des soins dentaires, le contrôle de la vision et de l'audition	Infirmiers de soins primaires, dentistes, optométristes notamment
Santé environnementale, qualité de l'eau, hygiène publique	Agents chargés de la préservation de l'environnement
Maladies professionnelles	Inspecteurs de santé publique, médecins généralistes
Santé mentale et prévention des toxicomanies	Médecins généralistes, infirmiers de soins primaires, travailleurs sociaux
Soins infirmiers communautaires, soins à domicile incluant les soins palliatifs	Médecins généralistes, infirmiers de soins primaires
Services d'urgence et accidents	Personnel spécialisé, ambulances
Soins aux personnes âgées	Médecins généralistes, infirmiers de soins primaires
Epidémiologie, système d'information, planification et administration	Statisticiens, épidémiologistes, planificateurs, personnel administratif
Service médico-légal	Médecins généralistes, pathologistes

L'Afrique du Sud compte aujourd'hui une population de près de 40 millions d'habitants dont 73% sont des femmes et des enfants. Considéré par la Banque mondiale comme un pays à « revenu intermédiaire de la tranche supérieure », ce pays consacre à l'heure actuelle plus de 8% de son produit intérieur brut au secteur de la santé et pourtant une majorité de sa population n'a toujours pas accès à l'eau potable (52%). Organisés territorialement au niveau du district, les soins primaires doivent apporter une amélioration globale de la situation des groupes de population les plus vulnérables et les plus démunis. Leur gratuité pour les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans a été instituée en juin 1994 par Nelson Mandela.

Parmi les objectifs des soins primaires, la lutte contre les maladies contagieuses et transmissibles constitue l'une des premières priorités. Les épidémies comme le sida, la malaria et la tuberculose prennent des proportions inquiétantes en Afrique du Sud aujourd'hui. En 1996, près de 103.000 cas de tuberculose ont été enregistrés et 25% de cette épidémie est liée à l'infection par le virus du sida. L'augmentation exponentielle de l'épidémie du sida – près de 3 à 4 millions de personnes seraient contaminées - a suscité la mise en place d'un plan national de lutte contre la maladie¹⁷ et la constitution d'une nouvelle instance consultative qui rassemble tous les partenaires concernés¹⁸.

¹⁶ Department of Health (1997), « White paper for the transformation of the health system in South Africa », Notice 667, Pretoria.

¹⁷ National AIDS Plan for South Africa.

¹⁸ The National AIDS Convention of South Africa (NACOSA).

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

Face à ces enjeux de santé publique, la réussite des soins primaires nécessite une forte implication des professionnels de santé, réunis au sein d'équipes multidisciplinaires incluant également des travailleurs sociaux. Afin de réellement les mobiliser, le ministère de la santé dispose cependant d'une marge de manœuvre réduite qui le conduit à adopter alternativement des mesures incitatives ou coercitives.

La nécessaire implication des professionnels de santé

Les médecins généralistes, dentistes, sages femmes, gynécologues obstétriciens, pédiatres et pharmaciens sont intégrés au sein du nouveau système national de santé (NHS). La loi soumet désormais les professionnels de santé, après l'obtention de leur diplôme, à l'obligation de participer pendant deux ans au service de santé communautaire dans les zones rurales et les régions défavorisées¹⁹. Cette disposition suscite le mécontentement des organisations professionnelles concernées et son application a été repoussée de six mois sous la pression de l'association sud-africaine des jeunes médecins (JUDASA). Par ailleurs, les internes en médecine reprochent au pouvoirs publics un manque de concertation et l'absence de mesures d'accompagnement appropriées dans le cadre de cette réforme²⁰.

La participation des tradi-praticiens au système national de santé devient quant à elle peu à peu acquise. Le gouvernement ne les reconnaît pas encore officiellement mais les considère comme un élément important au niveau des soins primaires. La médecine traditionnelle avec les *inyanga* (guérisseur herboriste), *isangona* (devin) et *umthandazi* (prophète guérisseur) joue un rôle essentiel en Afrique du Sud²¹. Après avoir été interdits d'exercice depuis 1974, un nouveau contexte professionnel, social et politique favorise aujourd'hui une légitimation des thérapeutes traditionnels. Sous certaines conditions, la Namibie voisine a choisi de leur accorder une reconnaissance légale afin de mieux encadrer leurs pratiques tout en leur accordant un droit d'exercice officiel²².

Mais les soins primaires reposent aujourd'hui principalement sur les agents de santé communautaires (*community health workers*), qui constituent une catégorie non reconnue en terme de statut professionnel et pour lesquels le financement de la formation par les autorités locales n'a pas été à ce jour réellement pris en compte. L'absence de statut, la précarité des rémunérations et l'insuffisance de la formation sont autant de facteurs de démoralisation pour ces intervenants de base dont l'action est probablement la plus déterminante au niveau des soins primaires. La mise en œuvre d'une véritable perspective de professionnalisation se heurte aux contraintes financières rencontrées par les autorités locales et à la relative faiblesse actuelle du *lobbying* politique en faveur des agents de santé communautaires.

¹⁹ *The Medical, Dental and Supplementary Health Service Professions Amendment Act*, 1997.

²⁰ L'alliance nationale des internes en médecine, qui représente la majorité des 1.300 internes sud-africains, s'est opposée au projet de loi.

²¹ Laurence Creusat (1993), « Pour une étude du développement sanitaire en milieu urbain noir sud-africain ; Analyse anthropologique d'une dynamique de changement social à partir de l'étude de l'adaptation des structures de soins traditionnelles aux évolutions sociales et politiques du pays », présentation du projet de recherche, CEAN, Bordeaux, octobre.

²² « Traditional healers in Namibia brought into line », *The Star*, 10 novembre 1998, page 7.

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

Le développement des soins primaires est également pénalisé du fait des insuffisances de la formation initiale et continue des professionnels reconnus qui sont, eux aussi, en contact direct et quotidien avec les malades. Les infirmières par exemple ont encore une approche très moralisatrice des maladies sexuellement transmissibles, axée sur le diagnostic et le traitement plutôt que sur la mise en œuvre d'actions de prévention. Le besoin de formation et de sensibilisation des professionnels paramédicaux constitue un véritable enjeu dans la mise en œuvre des soins primaires. Le ministère de la santé prévoit notamment des programmes de formation organisés par les centres hospitaliers universitaires²³. L'accent est mis sur une approche plus compréhensive des usagers de la part des personnels soignants (*a culture of caring*).

Enfin, des obstacles de nature comportementale sont aussi à lever parmi les populations elles mêmes. L'analyse sociologique et anthropologique des comportements face aux maladies sexuellement transmissibles révèle encore bien des réticences vis-à-vis des moyens de protection et de prévention, notamment parmi les noirs²⁴. Ces maladies sexuellement transmissibles affectent près de 11 millions de personnes en Afrique du Sud.

L'organisation territoriale des soins primaires

Le futur système national de santé repose sur une articulation de trois niveaux d'administration – national, provincial et districial – et associe l'Etat, le secteur public, le secteur privé, les organisations non gouvernementales et la médecine traditionnelle. La priorité en faveur du développement des soins primaires s'accompagne donc de la mise en place d'une organisation locale au niveau du district²⁵. Ce processus de décentralisation s'inscrit dans le cadre d'une problématique plus large de redéfinition des compétences territoriales où s'affrontent l'Etat, les deux provinces qui échappent au contrôle de l'ANC et les intérêts économiques.

Actuellement, l'allocation des moyens financiers aux autorités locales et la clarification dans la répartition des compétences entre les deux niveaux d'administration les plus impliqués, à savoir la province et le district, représentent des enjeux importants dans la mise en œuvre effective des soins primaires. Le caractère encore nébuleux de la détermination de ce partage de compétences suscite de multiples tensions. Les autorités locales reprochent aux autorités provinciales de prévoir un transfert partiel et temporaire des crédits attachés aux missions décentralisées vers les districts.

²³ Department of Health (1997), « White paper for the transformation of the health system in South Africa », *Notice 667*, avril, Pretoria, page 157.

²⁴ Voir A. Meyer-Weitz, P. Reddy, W. Weijts, B. Van Den Borne, G. Kok (1998), « The socio-cultural contexts of sexually transmitted diseases in South Africa : implications for health education programmes », *Aids Care*, Vol. 10, supplément 1.

²⁵ *District Health System (DHS)*.

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

En effet, si les neuf provinces conservent le financement des centres hospitaliers régionaux et spécialisés, la planification des équipements hospitaliers et une fonction de coordination des autorités administratives de santé des districts, les districts récupèrent de leur côté les missions de coordination sur leur territoire des structures de santé publiques et privées, l'animation de la participation de la communauté aux questions de promotion de la santé et la gestion de l'offre de soins primaires dans sa globalité, quelle soit située au sein des dispensaires, des centres de santé communautaires ou des hôpitaux locaux et régionaux. L'initiative du regroupement des soins primaires sous le contrôle des districts répond au souci de mettre fin à la fragmentation du système mais rend plus complexe et épineuse la question de la répartition des financements correspondants.

Certaines autorités locales, essentiellement par la voix d'élus des grandes agglomérations sud-africaines (Johannesbourg, Pretoria, Durban, Le Cap) reprochent un manque de concertation dans l'élaboration de la loi qui définit cette nouvelle organisation administrative et territoriale²⁶. La représentation politique nationale des autorités locales (SALGA) aurait été tardivement associée au processus de réforme²⁷. De 1994 à 1998, le découpage territorial des métropoles dans le cadre de la gestion des services de santé a déjà été modifié à trois reprises. A ces changements permanents s'ajoute l'impact de la mise en œuvre de l'action affirmative ou discrimination positive au sein des administrations locales. Afin de favoriser les groupes sociaux marginalisés et de combattre la discrimination, cette politique sociale vise à intégrer dans le monde du travail les différentes communautés en fonction de leur importance numérique. Cet objectif national revient à instituer une composition des fonctionnaires plus conforme à la composition ethnique de la population du pays. Menée sous forme de départs volontaires avec des primes, l'éviction progressive des blancs (environ 14% de la population totale) des postes à responsabilité génère l'inquiétude, la lassitude et une certaine désorganisation dans l'application des réformes en cours. A la différence des Etats-Unis où cette politique a été conçue afin de promouvoir les minorités noire, asiatique et hispanique, l'action affirmative s'exerce en Afrique du Sud au bénéfice notamment de la majorité noire, il est vrai systématiquement tenue à l'écart sous le régime d'apartheid.

En 1997, le pays compte près de 180 districts déjà créés. Cette nouvelle entité administrative et territoriale est en voie de constitution sur l'ensemble du pays²⁸. Dans certains cas, les frontières de ces districts n'ont pas encore été définitivement arrêtées et chaque province dispose d'une marge de manœuvre dans le degré d'autonomie qu'elle souhaite octroyer aux autorités de santé correspondantes. Chacune de ces nouvelles autorités devra ensuite contractualiser, dans un délai de huit ans, sur le contenu des soins primaires qu'elles s'engage à mettre en œuvre, dans le respect d'un seuil minimal de soins²⁹ que le ministère est en train de définir avec l'aide de certains centres de recherche universitaires spécialisés.

²⁶ *Municipal health Bill*, 1997.

²⁷ *The South African Local Government Association (SALGA)*.

²⁸ Department of Health (1998), « Annual report 1997 », Afrique du Sud.

²⁹ *PHC minimum core package*.

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

Plus d'autonomie au secteur hospitalier

La redistribution des ressources publiques et la priorité désormais accordée aux soins primaires entraîne une profonde réorganisation du secteur hospitalier qu'il soit public ou privé. L'Etat souhaite, d'une part, se désengager partiellement du financement de l'hospitalisation publique, et, d'autre part, imposer un contrôle accru sur le secteur hospitalier privé à but lucratif dont le développement durant les dernières décennies a provoqué un effet d'éviction au détriment du secteur public. Des rémunérations plus attractives et de meilleures conditions de travail détournent en effet les praticiens et les infirmières de l'hôpital public qui assure pourtant financièrement leur formation. En 1990, 63% des médecins et 21% des infirmières exercent dans le secteur privé. L'accroissement de la proportion des noirs ayant une mutuelle de santé et la persistance de conditions de prise en charge dégradées au sein des hôpitaux publics sont autant d'éléments favorables à la poursuite de la croissance du secteur hospitalier privé à but lucratif³⁰. Entre 1988 et 1996, le nombre de lits hospitaliers à but lucratif aurait augmenté de près de 113%³¹. Doté d'un système de soins particulièrement hospitalocentré, l'Afrique du Sud compte environ 150.000 lits d'hôpital en 1990³². Près de 75% d'entre eux se situent dans le secteur public et 25% sont des lits hospitaliers privés. Le pays présente aujourd'hui un ratio de 3 lits d'hôpital pour 1.000 habitants environ.

³⁰ Max Price, Phakamile Tshazibane (1998), « Dilemmas posed by medical aid schemes for the labour movement », *Paper n° 11*, Centre for the Study of Health Policy, University of the Witwatersrand, Johannesburg, novembre.

³¹ South African Institute of Race Relations (1998), « South Africa Survey. 1997-1998 », Johannesburg, page 209.

³² Broomberg J., Chetty K., Masobe P., « The private hospital sector in South Africa : current trends and models for the future », *Paper n° 22*, Centre for the Study of Health Policy, University of the Witwatersrand, Johannesburg.

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

- Classification et typologie des structures publiques de santé en Afrique du Sud :

Nature des soins	Niveau de soins	Caractéristiques de la structure de santé	Autorité de décision correspondante
Soins primaires		2779 dispensaires (moins de 30 lits) dont 2605 publics et 74 privés	District
Soins primaires		100 centres de santé communautaires (moins de 30 lits)	District
Soins primaires	Niveau 1 / Offre des traitements médicaux non spécialisés avec un diagnostic (accidents, soins généraux, unité pédiatrique)	235 hôpitaux locaux (30 lits minimum)	District
Soins secondaires et services spécialisés	Niveau 2 / Offre des soins spécialisés (soins intensifs, anesthésie, médecine et chirurgie générale, gynécologie-obstétrique, orthopédie, pédiatrie, psychiatrie, radiologie)	66 hôpitaux régionaux	Province
Soins tertiaires	Niveau 3 / Soins spécialisés avec un équipement médical de pointe (cardiologie, endocrinologie, oncologie, chirurgie traumatique et plastique, néonatalogie, imagerie médicale, soins pédiatriques spécialisés)	10 hôpitaux centraux et /ou universitaires	Etat
Soins tertiaires	Niveau 3 / Soins spécialisés (psychiatrie, tuberculose, maladies infectieuses)	Hôpitaux spécialisés	Etat
Soins quaternaires	Niveau 4 / Spécialités plus rares (transplantation cardiaque, urologie, neurochirurgie, etc.)	10 hôpitaux centraux et/ou universitaires	Etat

En ce qui concerne l'hospitalisation publique, le ministère de la santé souhaite améliorer ses conditions de fonctionnement tout en réduisant progressivement les dotations au profit du financement des soins primaires. L'exercice apparaît un peu comme la quadrature du cercle. Deux approches sont néanmoins actuellement explorées dans cette perspective.

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

Un processus de décentralisation est en cours qui devrait favoriser une plus grande autonomie de gestion interne des hôpitaux publics. Les autorités provinciales sont incitées à déléguer leur pouvoir de décision au bénéfice des directeurs d'hôpital, dans le sens d'une plus grande flexibilité dans l'organisation quotidienne mais aussi dans la stratégie à plus long terme. Cette orientation concerne à la fois la gestion des ressources humaines et la gestion des ressources financières. Ce projet s'accompagne de l'élaboration d'un outil de pilotage financier de l'hôpital, dont la définition technique relève actuellement des services du ministère de la santé³³. Un programme expérimental de décentralisation de la gestion hospitalière a été lancé en octobre 1997 auprès des dix hôpitaux universitaires et de cinq hôpitaux régionaux. Ce programme devrait se poursuivre en 1999.

Mais une autonomie de fonctionnement renforcée des structures hospitalières nécessite en corollaire un contre-pouvoir sous la forme d'un contrôle interne renouvelé, dans le cadre d'une redéfinition en cours de la composition et du rôle des conseils d'administration des établissements de santé. L'objectif consiste à instaurer une plus grande représentation de la communauté des usagers au sein de ces conseils d'administration. Enfin, la marge de manœuvre interne dévolue aux directeurs d'hôpital passe aussi par la création d'une assurance de santé nationale et la fin de la gratuité systématique des soins pour les salariés affiliés à une mutuelle de santé. D'une part, le principe du tiers payant devrait offrir de meilleures garanties à l'hôpital dans le recouvrement du coût des hospitalisations des assurés sociaux et, d'autre part, les économies de gestion réalisées ne seront plus intégralement reversées à l'autorité provinciale mais laissées à la disposition des gestionnaires hospitaliers, afin de les inciter à améliorer les prestations et les équipements dont ils ont la responsabilité.

Une planification plus contraignante pour le secteur privé

Le ministère de la santé engage par ailleurs une réforme de la planification hospitalière avec la mise en œuvre d'un système uniformisé et unifié qui englobe à la fois l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée. Dans un premier temps, un moratoire est imposé sur les autorisations de création ou d'extension de capacité des structures hospitalières privées. Cette mesure a pour effet de geler la situation provisoirement, afin de permettre au ministère de la santé de préciser les contours de cette nouvelle politique de planification. L'objectif consiste notamment à maîtriser les coûts du secteur privé et à orienter celui-ci sur la voie de la collaboration avec le secteur hospitalier public.

³³ Il pourrait s'agir d'un instrument informatisé de gestion du type du PMSI en France (programme de médicalisation des systèmes d'information), qui permet de mesurer le coût financier par activité médicale au sein de l'hôpital. Cet outil est également destiné à éclairer les autorités de tutelle de l'Etat dans le processus d'allocation des dotations hospitalières.

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

De nouvelles dispositions législatives viennent renforcer les moyens de contrôle des pouvoirs publics sur les prix et les tarifs des produits pharmaceutiques, des substances et des procédés médicaux utilisés notamment dans les établissements de santé privés³⁴. Cette loi institue un organe de surveillance placé sous l'autorité du ministre ainsi qu'un comité des prix. Parmi les buts recherchés, l'activation du procédé des médicaments génériques qui permet de substituer un médicament moins coûteux à celui prescrit. Ce plan a fait l'objet d'un recours de la part des représentants de l'industrie pharmaceutique³⁵ et suscite le mécontentement des hôpitaux privés.

Le lobby des hôpitaux privés est organisé autour d'une association représentant plus de 160 cliniques (20.000 lits) et regroupe également des services de soins ambulatoires³⁶. Ce secteur compte près de 50.000 professionnels pour la plupart hautement qualifiés dans les différentes disciplines médicales et il absorbe une grande partie des ressources gérées par les mutuelles et les assurances privées. Ce marché représente annuellement près de 15 milliards de rands. L'opposition aux changements n'apparaît pas complètement radicale et s'exprime le plus souvent sur des questions de forme, polarisée sur la critique récurrente du manque de concertation dans l'élaboration des réformes par le ministère de la santé³⁷.

Cette attitude finalement assez mesurée du secteur privé rejoint la préoccupation du gouvernement qui consiste à développer une coopération entre les deux systèmes d'hospitalisation afin de répondre aux besoins et de parvenir à une meilleure répartition spatiale des équipements. Mais ce très relatif rapprochement des points de vue s'apparente assez au « mariage de la carpe et du lapin », tant les conceptions de la santé de ces acteurs semblent diamétralement éloignées. Condamnés à s'entendre, les deux partenaires explorent de nouvelles formes de coopération inter-hospitalières, notamment autour de la prise en charge des urgences et dans la co-utilisation des équipements techniques³⁸. Il reste que les hôpitaux privés sud-africains, particulièrement performants et parfois bien mieux équipés que leurs équivalents européens, relèvent d'un système de santé d'un pays développé alors que les besoins vitaux de la majorité de la population sont ceux d'un pays du tiers monde ni plus ni moins.

Le décalage extrême entre ces deux situations constitue une illustration parmi d'autres de la singularité sud-africaine par rapport au reste du continent. Ce décalage est aussi un symbole à la fois de la richesse et des inégalités qui caractérisent aujourd'hui l'Afrique du Sud, considérée néanmoins par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) comme un pays sous développé au regard de son indice de développement humain (IDH).

³⁴ *The Medicines and Related Substances Control Amendment Act, 1997.*

³⁵ *The Pharmaceutical Manufacturers' Association (PMA).*

³⁶ *The Hospital Association of South Africa (HASA).*

³⁷ Anette Van Der Merwe (1997), « Reforming Private Health Care. Let's be guided by the facts », *Private Health Care*, The sixth Annual Publication of the Hospital Association of South Africa.

³⁸ « Gauteng public/private partnership in emergency care possible », *HASA Newsletter*, juin 1998, page 30.

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

II – VERS LA CREATION D'UNE ASSURANCE SOCIALE NATIONALE

Le projet de création d'un système national d'assurance de santé est au cœur de l'objectif d'accès aux soins que s'est fixé le nouveau gouvernement issu des premières élections générales démocratiques de 1994. Cette réforme ambitieuse tente de corriger une situation profondément inégalitaire dans laquelle près de 62% des dépenses de santé proviennent de ressources privées et bénéficient à 23% de la population, essentiellement blanche³⁹.

Mais cette réforme a également pour but de favoriser progressivement un désengagement de l'Etat sud-africain du financement de l'hospitalisation publique et son recentrage sur le développement des soins primaires. Sous cet angle, le projet de loi déposé au parlement début novembre 1998⁴⁰ s'inscrit dans le cadre de la redéfinition des priorités gouvernementales et l'adoption d'un nouveau programme économique désormais moins axé sur la redistribution des richesses⁴¹. Présenté en juin 1996, cette orientation privilégie la stabilisation des grands agrégats et la modernisation de l'appareil de production par rapport aux politiques sociales de redistribution proposées par l'ancien programme de reconstruction et de développement (RDP). La réduction du déficit budgétaire est devenue prioritaire⁴².

Dans ce contexte d'incertitudes économiques, le projet de création d'un système national d'assurance de santé est néanmoins présenté comme une étape intermédiaire, dans la perspective d'élaboration d'un dispositif plus complet de protection sociale intégrant également la couverture des risques sociaux liés au chômage, à la vieillesse et à la famille. Les amodiations apportées au projet de loi présenté au parlement – notamment le retrait du caractère obligatoire de l'affiliation à une mutuelle pour les salariés du secteur formel – incite à penser que le gouvernement, devant la levée de boucliers que suscite cette réforme, a choisi la prudence dans un contexte politique marqué par d'importantes échéances électorales en 1999.

³⁹ Department of Health (1997), « Reforming financing of private health care in South Africa : The quest for greater access and efficiency », *a policy document*, novembre.

⁴⁰ *The Medical Schemes Bill*, 1998.

⁴¹ Institut français des relations internationales (1998), « Afrique du Sud : la difficile naissance d'un dragon africain », *Ramsès 99. Synthèse annuelle de l'évolution du monde*. Dunod. Juillet.

⁴² Le déficit public atteint 4.3% du produit intérieur brut (PIB) en 1997-1998.

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

La rupture avec le principe de responsabilité individuelle pour la santé

L'instauration d'un système national de santé réglementé au niveau national et offrant des prestations uniformes pour une partie solvable de la population sud-africaine rompt avec le principe de responsabilité individuelle pour la santé qui a toujours prévalu sous le régime d'apartheid.

Historiquement pourtant, la démarche de création d'un système national de santé est envisagée en Afrique du Sud dès le lendemain de la Seconde guerre mondiale, sous la forme d'un dispositif similaire au Service national de santé britannique (NHS). En effet, affectée comme les pays européens par l'impact de la grande dépression des années 1930 (crise boursière de Wall Street en 1929) et le phénomène d'industrialisation et d'urbanisation des années 1930 et 1940 avec le développement des unions syndicales, des tensions sociales et de la pauvreté, l'Afrique du Sud s'interroge sur de nouvelles modalités sociales.

En 1944, le rapport Gluckman (*National Health Services Commission*) alerte sur les conditions sociales de la population⁴³. Partisan d'un système national de prise en charge de la santé, il en donne la définition suivante : « Mettre ces services à la disposition de tous les segments de population, selon leurs besoins et sans distinction de race, de couleur, de moyens ou de position sociale dans l'existence ». L'une des conclusions du rapport Gluckman est celle-ci : « Les services ne sont pas accessibles à tous les groupes de population dans l'Union sud-africaine. Ils sont principalement répartis au bénéfice des groupes les moins fragilisés qui en ont le moins besoin, compte tenu de leur pouvoir d'achat, et sont peu développés pour les catégories de population les plus nécessiteuses ».

La commission préconise alors la création d'un système de santé national financé par l'impôt sur le revenu et comportant par ailleurs une planification des équipements hospitaliers⁴⁴. Au pouvoir à l'époque, le gouvernement de Jan Smuts (1943–1948), confronté à la résistance des autorités provinciales désireuses de conserver le contrôle sur les hôpitaux et à l'opposition des professions médicales attachées à leur autonomie professionnelle, ne met pas en pratique les recommandations du rapport Gluckman.

⁴³ Van Rensburg HCJ, Fourie A, Pretorius E (1992), *Health care in South-Africa : Structure and Dynamics*, Academica, Pretoria.

⁴⁴ Voir Béatrice Majnoni d'Intignano (1997), *La Protection sociale*, Le Livre de Poche, page 24 : le modèle proposé en 1944 s'apparente à l'époque au système de Beveridge où l'Etat est chargé de gérer l'ensemble des fonds et des aides et non au modèle « bismarckien » fondé sur des mécanismes de solidarité professionnelle.

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

Dès lors, la santé relève de la responsabilité de chacun et, dans un contexte de désengagement de l'Etat à la fin des années 1970, le secteur privé accroît son champ d'intervention dans le domaine de la santé sous la pression des organisations professionnelles de médecins, de dentistes, de l'industrie pharmaceutique, des assurances et de l'hospitalisation privée⁴⁵. Le mouvement de privatisation est aussi lié à un transfert des coûts de prise en charge de la santé. Cette dernière est conçue comme une responsabilité personnelle et un privilège. Le financement par l'Etat ne s'exerce que pour les indigents à titre individuel et le dispositif repose alors sur le triptyque de l'individualisme, de l'initiative privée et de la non intervention d'un tiers parti.

Le coût financier excessif des mutuelles de santé

A l'heure actuelle, une certaine catégorie aisée seulement de la population bénéficie des avantages offerts par les mutuelles de santé. Ces sociétés sont, en Afrique du Sud, des organismes privés de prévoyance individuelle en partie fondés sur le principe de mutualisation des risques entre les adhérents. La cotisation non obligatoire à une mutuelle de santé repose sur une participation financière répartie à parité entre l'employeur et le salarié. Ce dernier, selon ses capacités contributives et dans le cadre de son entreprise, détermine le montant qu'il souhaite consacrer à la prise en charge de ses besoins de santé. Le montant de la cotisation versée mensuellement fixe le niveau de prestations offert par l'organisme de prévoyance, selon une grille de référence gérée par la fédération nationale des mutuelles⁴⁶.

Par ailleurs, les mutuelles de santé ont la possibilité de fournir des prestations optionnelles supplémentaires non comprises dans cette grille de référence et supportées par leurs adhérents. Les mutuelles de santé constituent aujourd'hui les principaux intermédiaires financiers au sein du secteur privé et représentent près des deux tiers des dépenses de santé au sein de ce secteur. Distinctes des mutuelles, les compagnies d'assurance, souvent d'origine américaine, proposent des produits (*hospital plan*) sous forme de fonds capitalisables⁴⁷.

⁴⁵ De 1983 à 1989, le nombre de lits privés à but lucratif a connu une progression quantitative de près de 35%.

⁴⁶ *The Representative Association of Medical Schemes (RAMS)*. Cette association représentative des mutuelles de santé rassemble près de 95% des mutuelles de santé agréées en Afrique du Sud et comprend les trois principales fédérations mutualistes : *South African Association of Medical Schemes (SAAMS)* – 25% des membres de RAMS), *the Advisory Association of Medical Schemes* et *the Federation of Health Funders and Managers*. L'adhésion directe à RAMS est également possible.

⁴⁷ « Medical aid split is forecast », *The Star*, 19 octobre 1998, page 20 : Environ 70% des organismes sud-africains sont des mutuelles fonctionnant selon le principe de la mutualisation et de la répartition du risque et 30% sont des compagnies d'assurance fondées sur le système de la capitalisation et de la fixation de contributions individualisées.

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

En l'absence d'une véritable politique de régulation par l'Etat, la détermination des coûts des prestations de santé durant les années 1980-1990 s'effectue entre représentants des professionnels de santé d'une part et représentants des organismes de prévoyance regroupés au sein de la fédération nationale des mutuelles de santé d'autre part. Ce processus conventionnel de fixation des tarifs, régi par des dispositions législatives de 1967⁴⁸, se traduit par un accroissement excessif des coûts avec une augmentation annuelle moyenne des cotisations durant les années 1980 de près de 23%.

Le montant des cotisations versé aux mutuelles de santé passe en moyenne de 7% du salaire en 1980 à 17% en 1996. Evidemment, cette spirale inflationniste des cotisations et des prestations, constamment supérieure à l'indice des prix à la consommation (14% en 1992), conduit à une diminution du nombre des adhérents par les mutuelles qui évolue de 2.380.000 en 1990 à 2.260.000 en 1992, hors secteur industriel qui possède son propre réseau mutualiste⁴⁹.

Cette tendance est néanmoins inverse au sein de la communauté noire où l'augmentation du nombre des bénéficiaires peut s'analyser par plusieurs facteurs comme la présence accrue de médecins libéraux dans les *townships*, l'augmentation des salaires des noirs avec l'émergence d'une classe moyenne, la montée en puissance du mouvement syndical et la persistance de mauvaises conditions de prise en charge offertes par le secteur hospitalier public. Cette évolution traduit aussi la reconstitution d'une ségrégation dans l'accès aux soins davantage fondée sur l'argent et qui recoupe en partie mais plus exclusivement les traditionnels clivages d'ordre racial au sein de la société sud-africaine.

Enfin, l'inflation des coûts de prise en charge des besoins de santé, outre la diminution du nombre des adhérents mutualistes, incite une clientèle jeune et plutôt aisée à s'orienter vers de nouveaux produits d'assurance par capitalisation, provoquant une dégradation financière supplémentaire de la situation des mutuelles de santé traditionnelles. Celles-ci sont alors amenées à augmenter encore leurs cotisations et à pratiquer une sélection parmi les candidats à l'adhésion, afin d'exclure ceux qui présentent les risques de santé jugés les plus élevés. Il s'agit désormais pour les pouvoirs publics de mettre un terme efficacement à cette spirale jusque là incontrôlée.

⁴⁸ *Medical Schemes Act n°72, 1967.*

⁴⁹ « Corporate Health Care. A Survey », *Supplément du Financial Mail*, 11 février 1994, pages 1 à 31.

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

- Estimations relatives aux adhérents des mutuelles de santé 1990-1995⁵⁰ :

Groupe racial	Adhérents à titre principal 1990	Adhérents à titre principal 1991	Evolution 91/90 en %	Population totale - 1991	Adhérents sur population totale en %	Nombre des adhérents en 1995
Noirs	472.833	490.428	+3.7	28.618.000	2	
Blancs	1.393.407	1.389.907	-0.3	5.086.000	27	
Métis	374.068	365.972	-2.2	3.314.000	11	
Indiens	135.432	132.005	-2.5	994.000	13	
Total	2.375.740	2.378.312	+0.01	38.012.000	6	

- En 1995, on recense près de 2.600.000 adhérents mutualistes à titre principal mais au total près de 6.800.000 bénéficiaires en comptant les ayant droits (soit plus de 18% de la population sud-africaine).

Une transformation sociale radicale : l'assurance de santé nationale

Le projet de loi élaboré par les services du ministère de la santé poursuit plusieurs objectifs dont le développement de l'accès aux soins en proscrivant notamment les pratiques discriminatoires à l'adhésion pratiquées par les mutuelles mais aussi la diversification des moyens de financement des hôpitaux publics autres que ceux attribués par l'Etat par l'intermédiaire des autorités provinciales.

En imposant une régulation accrue des mutuelles de santé afin de les rendre plus accessibles aux salariés disposant d'un revenu moyen ou faible et, corrélativement, en faisant payer à ces nouveaux assurés les soins prodigués à l'hôpital public, l'Etat souhaite pouvoir se dégager du financement de l'hospitalisation publique par le biais de ce processus de solvabilisation d'une partie de la population sud-africaine.

Cette réforme s'accompagne parallèlement d'une autonomie de gestion accrue accordée aux hôpitaux publics afin de renforcer leur attractivité et leur compétitivité vis-à-vis des usagers et par rapport à l'hospitalisation privée. Cette dernière se voit par ailleurs imposer des normes supplémentaires et des obligations nouvelles. Le projet de loi déposé au parlement début novembre 1998, modifiant la loi précédente de 1967, détermine à la fois le régime des prestations délivrées par les mutuelles de santé et les règles globales de fonctionnement du secteur mutualiste.

⁵⁰ South African Institute of Race Relations (1998), « South Africa Survey 1997/98 », Johannesburg, page 96.

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

En premier lieu, la réforme met un terme aux pratiques des mutuelles de santé consistant à prendre en compte le profil individuel de chaque candidat (âge, sexe, état de santé) dans la détermination du montant de sa cotisation et des prestations versées en contrepartie, en instituant un système d'adhésion uniforme (*community rating*). Cette grille de tarifs désormais commune permet d'écarter les discriminations établies en fonction de l'état de santé des adhérents mais aussi au regard de leurs revenus⁵¹. Elle renforce par ailleurs les mécanismes de répartition des risques au sein des mutuelles entre assurés en bonne santé et ceux qui sont malades.

Une autre disposition significative et controversée reprise dans le projet de loi concerne le régime des ayants droit. La loi en donne la définition suivante : « Tout autre membre de la famille immédiate de l'assuré, habitant sous le même toit et dépendant de ce dernier pour ses propres besoins de subsistance quotidiens ». Selon des projections élaborées par le ministère de la santé, cette mesure pourrait toucher potentiellement près de cinq millions de Sud-africains en position d'ayants droit (familles situées dans la tranche de revenu de 15.000 rands ou plus par an et actuellement non affiliées à une mutuelle de santé).

Par ailleurs, le gouvernement impose aux mutuelles l'obligation de prendre en charge un éventail minimum de besoins de santé⁵² et de couvrir l'intégralité des soins prodigués à l'hôpital public. Afin d'enrayer l'augmentation des coûts, le ministère de la santé entend réglementer et déterminer directement le montant des prestations de santé couvertes par les mutuelles mais il laisse aux organismes de prévoyance la liberté de fixer eux-mêmes le montant de leurs cotisations, dans le respect du principe de la tarification commune (*community rating*). Cette marge de manœuvre des mutuelles permet également d'introduire des stratégies concurrentielles entre-elles et supposées favoriser des baisses dans le montant des cotisations.

Les mutuelles de santé conservent la possibilité de proposer à leurs adhérents des prestations complémentaires au-delà des besoins de santé devenus obligatoirement pris en charge. Ces options additionnelles doivent faire l'objet d'un financement distinct et ne peuvent bénéficier des mécanismes de répartition des risques qui s'exercent dans le cadre de la couverture des besoins de santé minimum. Par ailleurs, chaque option requiert de la part de l'assuré qui souhaite en bénéficier le versement d'un droit d'inscription dont le seuil minimal serait fixé à 2.500 rands. L'organisme de contrôle des mutuelles institué par la loi a la faculté d'exiger des garanties financières aux mutuelles de santé pour chacune des options supplémentaires qu'elles auraient décidées de mettre en place.

⁵¹ Supplément au *Star*, *Cape Argus*, *Daily News* et *Pretoria News*, 30 septembre 1998.

⁵² Department of Health (1997), « A social health insurance scheme for South Africa : Policy Document », septembre. Il s'agit de la notion du *prescribed set of minimum health care benefits*, dont la définition exacte et le contenu sont renvoyés aux réflexions d'un groupe de travail constitué ultérieurement.

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

Enfin, la réforme instaure une ligne de démarcation mieux définie entre mutuelles de santé et compagnies d'assurance. Cette perspective conduit également le gouvernement à envisager une nouvelle réglementation pour ce secteur à plus long terme. Les mutuelles de santé doivent répondre à une série d'exigences spécifiques afin d'être agréées alors que les compagnies d'assurance relèvent désormais strictement d'une législation du ministère des Finances⁵³. La déduction d'impôt dans le cadre de l'adhésion à une mutuelle est désormais réservée exclusivement aux organismes de prévoyance qui ont fait l'objet d'un agrément en tant que tel. Le bénéfice de cette déduction est par ailleurs étendu aux travailleurs indépendants et, bien entendu, le ministère de la santé exclut du champ de cette déduction les compagnies d'assurance.

En préliminaire, des contraintes accrues imposées aux mutuelles

La création d'un régime d'assurance maladie national s'effectue très progressivement. En premier lieu, le projet de réforme vise à mettre un terme à l'émiettement du secteur mutualiste qui compte près de 200 organismes dont une forte proportion présente un nombre d'adhérents inférieur à 6.000⁵⁴. A plus long terme, cette démarche s'inscrit dans la volonté de créer une assurance de santé nationale unique (Social Health Insurance—SHI) qui regrouperait l'ensemble des organismes de prévoyance agréés. Le ministère de la santé entend donc fixer un seuil plancher d'adhérents à titre principal au sein d'une mutuelle à 6.000. Cette mesure n'aurait pas néanmoins de caractère rétroactif et entrerait en vigueur à compter de la mise en application de la nouvelle loi sur les mutuelles de santé.

Par ailleurs, les conditions d'agrément des organismes de prévoyance sont définis plus précisément. Une mutuelle de santé doit offrir un certain nombre de garanties de fonctionnement et de financement : l'acquittement d'un droit d'inscription minimal doit être exigé de chaque assuré, le dépôt par la mutuelle d'une caution de 2.5 millions de rands est prévu ainsi que la présentation d'une garantie financière d'un même montant par l'intermédiaire d'une institution bancaire. Enfin, une mutuelle doit dorénavant disposer d'une réserve technique équivalent à 25% du produit annuel de ses cotisations.

Le ministère de la santé prévoit par ailleurs la mise en œuvre d'une procédure d'alerte en cas de non respect de ces règles par les mutuelles, activée par une instance de surveillance rénovée instituée par la loi en remplacement de l'actuel Conseil supérieur des mutuelles⁵⁵. Cette procédure est déclenchée quand un organisme dispose d'une réserve financière inférieure au produit de trois mois de cotisations mais supérieure à deux mois. Dans le cas où le seuil des deux mois est franchi, l'autorité de contrôle a la possibilité de désigner un administrateur judiciaire, de retirer l'agrément ou encore d'engager une procédure unilatérale de fusion avec une autre mutuelle.

⁵³ *Short-term insurance Bill and Long-term Insurance Bill, 1997.*

⁵⁴ South African Institute of Race Relations (1998), « South Africa Survey 1997-1998 », Johannesburg.

⁵⁵ Department of Health (1997), « Reforming financing of private health care in South Africa : The quest for greater access and efficiency », *A policy document*, novembre.

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

Une assurance maladie, source de financement de l'hôpital public

Le projet de création à plus long terme d'une assurance de santé nationale, regroupant l'ensemble des mutuelles, répond également à l'objectif de solvabiliser le plus grand nombre de salariés appartenant au secteur formel et actuellement dépourvus d'une couverture pour le risque santé. Les mesures destinées à rendre les mutuelles plus accessibles à cette catégorie de population s'accompagnent de la fin de la gratuité des soins délivrés au sein des hôpitaux publics. Ceux-ci demeurent gratuits uniquement pour les groupes de population les plus vulnérables, les personnes démunies, les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans.

Le processus de solvabilisation des salariés à revenus modestes voire faibles, obtenu par l'ouverture des mutuelles aux classes moyennes, représente en effet une nouvelle source de financement pour le secteur hospitalier public et devrait permettre à l'Etat de réorienter son intervention au profit du développement des soins primaires. Actuellement, l'Afrique du Sud compte entre 7 à 7.5 millions de bénéficiaires d'une mutuelle de santé. La plupart de ces adhérents se situent naturellement dans les catégories de revenus les plus élevées⁵⁶. L'affiliation à un organisme de prévoyance reste faible parmi les salariés à bas salaire, elle atteint près de 50% chez les salariés disposant d'un revenu annuel situé entre 25.000 et 30.000 rands. Cette proportion s'élève à 80% parmi ceux des salariés dont le revenu annuel est compris entre 60.000 et 80.000 rands et affecte la quasi-totalité des salariés disposant d'un revenu supérieur à 250.000 rands par an.

Dans un premier temps, le ministère de la santé évalue à plus de 17 millions, les Sud-africains (incluant les membres de la famille en tant qu'ayants droit) exerçant une activité professionnelle et sans couverture de santé mais potentiellement futurs adhérents au système. La plupart de ces personnes se situent dans la catégorie de revenus la plus basse. Néanmoins, il apparaît que près de 7 millions appartiennent à la tranche de revenu située à 15.000 rands ou plus par an⁵⁷. Cette catégorie est plus particulièrement ciblée dans le cadre du futur système d'assurance sociale et pourrait représenter 2.2 millions de nouveaux assurés à titre principal.

Dans un second temps, les services du ministère de la santé ont cherché à mesurer l'impact financier de l'ouverture du système à ces catégories sociales, à partir de plusieurs hypothèses de calcul. Ainsi, selon que le taux de la cotisation retenu atteint 2 ou 4% du salaire, appliqué aux deux catégories de revenus - moins de 15.000 et plus de 15.000 rands par an - et financée à parité par l'employeur et le salarié, l'assurance sociale devrait dégager entre 1.5 et 3 milliards de rands supplémentaires destinés à des prises en charge au sein de l'hospitalisation publique.

⁵⁶ Près de 70% des bénéficiaires appartiennent à la catégorie de revenus entre 15.000 rands et 60.000 rands par an.

⁵⁷ Le seuil d'assujettissement à l'impôt sur le revenu se situe approximativement à 15.000 rands par an. Il constitue une base de référence dans la détermination du niveau minimal de ressources permettant raisonnablement d'envisager l'affiliation au futur système d'assurance sociale.

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

En 1997, le revenu moyen d'un adhérent potentiel au système d'assurance sociale s'élève à 30.000 rands par an. Un taux de cotisation fixé à 2% de ce salaire moyen situe le montant de sa contribution annuelle à l'assurance de santé nationale à 600 rands (50 rands par mois), assumée à égalité entre employeur et employé.

Ces données sont ensuite rapprochées des coûts moyens des traitements dispensés par les hôpitaux publics, sur la base d'une étude menée sur la province de Gauteng considérée comme la plus représentative. La fréquence du recours à l'hôpital public pour les futurs affiliés au système d'assurance sociale pour des soins aigus atteint en moyenne 0.9 jour pour un malade en consultation externe et 0.6 jour d'hospitalisation sur une année. Traduits en coût moyen par bénéficiaire, ces taux d'utilisation des structures hospitalières publiques atteignent 444 rands par an sur la base de l'indice des prix de 1997 (en incluant les frais de gestion du système d'assurance sociale fixés à 4%). Avec un nombre de bénéficiaires potentiels de 6.9 millions de personnes (situées dans les tranches de revenus supérieures à 15.000 rands par an), le coût moyen de prise en charge de cette population correspond à près de 3 milliards de rands pour les hôpitaux publics. Dans l'hypothèse d'un niveau de contribution de 2% du salaire, les ressources ainsi dégagées dans le cadre de l'assurance de santé nationale permettraient de couvrir la moitié de la dépense et la totalité avec un taux de cotisation à 4%.

Aux futurs adhérents de cette assurance de santé nationale doivent s'ajouter les salariés déjà affiliés à des mutuelles de santé traditionnelles et dont les contributions représentent environ un milliard de rands, ce qui amène les fonds d'assurance sociale prioritairement destinés au financement des soins à l'hôpital public à 4 milliards de rands.

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

- Estimations financières relatives à une assurance sociale nationale :

Catégorie de revenu annuel du soutien de famille base 1995	Nombre de salariés sud-africains concernés incluant les ayant droits	Caractéristiques particulières de la catégorie visée	Part dans le revenu annuel national des ménages. Toutes catégories confondues	Montant financier consacré au SHI avec un taux de cotisation à 4%. Base 1997
- 15.000 rands	10.400.000 dépourvus de mutuelle		29%	1.3 milliards de rands
- 15.000 rands	900.000 avec mutuelle			
+ 15.000 rands	6.900.000 dépourvus de mutuelle	Dont 2.200.000 adhérents à titre principal au SHI avec un revenu annuel moyen de 30.000 rands	71%	3 milliards de rands
+ 15.000 rands	6.600.000 bénéficiant d'une mutuelle			
TOTAL	24.800.000			4.3 milliards de rands

Le ministère de la santé entend en effet réglementer le futur système national d'assurance maladie dans le sens d'une incitation vers des prises en charge à l'hôpital public. Le dispositif doit permettre à ses affiliés et à leur famille d'être couverts pour des soins (en hospitalisation ou en consultation externe) au sein des hôpitaux publics, des hôpitaux privés à but non lucratif subventionnés par l'Etat et de certains hôpitaux privés ayant passé contrat avec les autorités provinciales. Le mécanisme du tiers payant serait instauré entre l'assurance de santé nationale et les hôpitaux publics. Afin d'éviter de la part de ces derniers des séjours hospitaliers prolongés donc plus rémunérateurs, le projet prévoit une prise en charge des hospitalisations par l'assurance nationale sur une base journalière dégressive⁵⁸.

⁵⁸ *Department of Health (1997), « A social health insurance scheme for South Africa : Policy Document », septembre.*

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

La réforme prévoit en corollaire une décentralisation dans la gestion des hôpitaux publics et le développement d'une réelle autonomie financière interne afin de rendre ces derniers plus attractifs, notamment pour les catégories de population aux revenus moyens ou faibles a priori solvabilisées par la création de cette assurance nationale de santé. Le pari apparaît néanmoins hasardeux dans la mesure où l'hospitalisation publique, actuellement gratuite, souffre d'un manque chronique de financements et présente de nombreux problèmes de fonctionnement. La fermeture de plusieurs hôpitaux sur la région de Johannesburg (Hillbrow et Kyalami notamment) et les difficultés rencontrées par ceux qui poursuivent leur activité ne manquent pas d'être dénoncées par les médias et les partis politiques d'opposition. A l'hôpital d'Edenvale par exemple, 88 postes d'infirmiers seulement sur un total de 152 sont pourvus et la maternité apparaît particulièrement mal dotée avec une sage-femme et deux infirmiers⁵⁹.

Dans ces conditions, les scénarios conçus par le ministère de la santé privilégiant par la voie législative et réglementaire le recours à l'hospitalisation publique pour les futurs affiliés à l'assurance sociale demeurent fragiles. La détérioration des hôpitaux publics, accentuée par la raréfaction des financements octroyés par les autorités provinciales, sera difficilement enrayerée à très court terme, en dépit du développement de ressources nouvelles issues de la création du système d'assurance maladie.

De fortes oppositions au projet de réforme

Le projet de loi, discuté au parlement début novembre 1998, doit faire face à de multiples résistances issues aussi bien des milieux économiques que politiques. Comme toute réforme sociale d'envergure, le texte a néanmoins fait l'objet d'une série de consultations auprès des partenaires concernés et plusieurs documents de travail préparatoires ont été élaborés depuis 1995. Ce processus de concertation spécifique s'intègre dans un système de négociation permanente, voire de cogestion systématique de l'économie instauré depuis le début des années 1990 et associant trois principaux partenaires : le gouvernement, le patronat et les grandes organisations syndicales du pays⁶⁰. Cette cogestion permanente, appelée en Afrique du Sud *Tripartite Politics*, tente d'inventer un modèle économique de développement dans le cadre très restrictif des intérêts des différentes parties et des possibilités de financement restreintes offertes par l'économie nationale. Toute l'économie et les relations sociales du pays sont reconstruites selon cette logique de la concertation.

⁵⁹ « Staffing at Edenvale Hospital worries DP », *The Citizen*, 22 octobre 1998.

⁶⁰ Institut français des relations internationales (1998), « Afrique du Sud : la difficile naissance d'un dragon africain », *Ramsès 99. Synthèse annuelle de l'évolution du monde*, Dunod. Juillet.

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

Les réformes menées dans le domaine de la santé et de la protection sociale sont d'abord présentées aux ministres de la santé des neuf provinces puis débattues dans le cadre de la conférence nationale consultative de la santé⁶¹, qui rassemble l'ensemble des acteurs publics et privés ainsi que le milieu associatif concerné. En dépit de ce processus, de nombreuses oppositions se manifestent contre la transformation des mutuelles de santé, dont celle émanant des milieux d'affaires. Le patronat, par la voie de l'association BSA⁶², a choisi de s'opposer au texte en déclenchant une procédure de justice auprès de la Haute Cour du Cap⁶³. Le principal argument avancé par BSA met l'accent sur l'absence d'une consultation appropriée, avant l'examen du projet au parlement, auprès du forum national sur le développement économique et les relations de travail (NEDLAC)⁶⁴. BSA considère que cette loi modifie en effet la législation relative aux relations de travail dans la mesure où la création d'une assurance maladie génère un impact financier sur les entreprises⁶⁵. Car au-delà des critiques portant sur des questions de procédure, l'opposition à la réforme porte en fait sur les fondements mêmes du projet.

Sur un plan technique, BSA conteste en premier lieu le principe de l'extension systématique du bénéfice d'une mutuelle de santé d'un affilié aux autres membres de la famille immédiate et n'accepte pas la définition des ayants droit contenue dans le projet de loi. BSA remet également en cause le système de tarification commune (*community rating*), désormais imposé aux mutuelles de santé, qui proscrie les variations dans le montant des cotisations des adhérents selon leur profil individuel et qui permet d'asseoir le mécanisme de répartition du risque entre les bénéficiaires. BSA manifeste enfin son désaccord avec la notion de socle minimal de prestations de santé obligatoirement prises en charge par les mutuelles et dont le régime ne peut être moins favorable que le niveau de soins offert à l'hôpital public. Finalement, le recours de BSA devant la Haute Cour du Cap contre l'examen par le parlement du projet de réforme des mutuelles de santé a été rejeté⁶⁶. Cette opposition a été relayée par la suite, sur un plan politique, par les principaux partis d'opposition (Parti national, Parti Inkhata et Parti démocrate). Deux provinces dirigées par ces partis d'opposition ont manifesté leurs réticences et exprimé leurs réserves vis-à-vis du projet de loi⁶⁷.

⁶¹ *National Health Consultative Forum (NHCF)*.

⁶² *Business South Africa (BSA)* représente près de 20 grands employeurs et organisations patronales en Afrique du Sud.

⁶³ « Bid to derail Zuma juggernaut - Court actions against key reform measures proposed by the health minister will undermine her reform programme, critics warn », *The Star*, 19 octobre 1998.

⁶⁴ *National Economic Development and Labour Council*. Instance créée en 1995, NEDLAC est constitué sur le modèle des organismes de décision tripartites que l'on retrouve dans d'autres pays du monde, mais accepte la représentation d'autres acteurs sociaux que le patronat, les syndicats et le gouvernement et détient, dans une phase de transition sociale, un pouvoir plus important. Il s'agit d'un instrument de soutien à la formalisation d'accords sociaux beaucoup plus que d'un organe consultatif.

⁶⁵ « Plot to foil health reforms. Conspiracy aims to delay key transformation bills and vilify Zuma, official documents claims », *Sunday Independent*, 18 octobre 1998.

⁶⁶ « BSA bid fails to block Medical Schemes Bill », *Business Report*, 23 octobre 1998, page 8.

⁶⁷ « Health bills get NCOP approval », *The Star*, 10 novembre 1998. Il s'agit de la province du Cap Occidental dirigée par le Parti national et la province du Kwazulu-Natal sous le contrôle du mouvement zoulou Inkhata.

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

La réforme a par ailleurs déclenché un véritable séisme au sein du monde des mutuelles de santé. Parmi les trois grandes associations qui constituent la fédération représentative des mutuelles de santé (RAMS), l'association sud-africaine des mutuelles (SAAMS) menace désormais de se retirer de RAMS. Désavoué par ses pairs car jugé trop favorable à la réforme, son président Keith Hollis (également président de RAMS), a été désavoué et contraint à la démission. Les représentants de la nouvelle génération des mutuelles de santé, proches des compagnies d'assurance, s'opposent farouchement au projet et utilisent toutes les voies de recours offertes par le système juridique d'origine anglo-saxonne afin de faire obstruction à la réforme. Pour le ministère de la santé, cette crise révèle désormais le besoin d'une nouvelle organisation du secteur mutualiste et vient conforter la perspective d'une assurance nationale de santé gérée par un organisme unique directement placé sous le contrôle de l'Etat.

L'opposition des milieux d'affaires au projet de création d'un système de protection sociale en Afrique du Sud constitue un paramètre à prendre en compte dans la mise en œuvre effective des nouvelles dispositions législatives, prévue en juin 1999. Des enjeux subsistent notamment dans la définition du contenu même du socle minimal de prestations de santé obligatoirement assurées par les mutuelles. Le caractère facultatif de l'affiliation représente un recul par rapport aux réflexions initiales conduites par le ministère de la santé. Mais d'autres contraintes pourraient également remettre en cause la viabilité financière d'un tel système de couverture sociale.

Les incertitudes liées à la viabilité du nouveau système

Ces contraintes sont à la fois d'ordre économique et sanitaire. Le poids du chômage et du secteur informel de travail en Afrique du Sud constituent indiscutablement un frein au développement du système. L'Institut sud-africain des relations raciales estime que le taux de chômage se situe entre 17 et 29% de la population active en 1996, selon les définitions plus ou moins restrictives retenues du chômage. Le nombre de personnes sans emploi - y compris dans le secteur informel - serait de 4.2 millions de Sud-africains. Selon une étude menée par ce même institut, ce taux pourrait atteindre 43% à l'horizon 2006. Par ailleurs, le secteur informel concernerait lui près de 22% de la population en état de travailler. En outre, l'afflux d'immigrants illégaux en provenance du reste de l'Afrique accentue les difficultés par rapport à cette situation de l'emploi. En 1997, près de 180.000 personnes ont été reconduites à la frontière. Dans ces conditions, le système national d'assurance de santé imaginé par le gouvernement apparaît comme essentiellement destiné aux classes moyennes et notamment une bourgeoisie noire émergente mais encore très minoritaire.

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

A ces considérations économiques et sociales s'ajoute la dégradation inquiétante des conditions sanitaires dans le pays avec le développement des épidémies comme celles de la tuberculose et du sida notamment. L'Afrique du Sud est, avec quelques autres nations d'Afrique australe comme le Zimbabwe, l'un des pays au monde où l'épidémie de sida progresse aujourd'hui le plus vite. Près de 4 à 5 millions d'habitants sont touchés sur une population totale de 40 millions. Selon le ministère de la santé, 20% de la population active du pays pourrait être contaminée en l'an 2000. Pour Nkosazana Zuma, « le sida constitue un ennemi plus redoutable que l'apartheid »⁶⁸.

Cette épidémie affecte en premier lieu les jeunes et donc la main-d'œuvre potentielle du pays. En ce sens et parce qu'il agit structurellement sur l'évolution démographique, ce fléau représente une menace pour tout système social de type « bismarckien », fondé sur des cotisations liées à une activité professionnelle. La création, même édulcorée, d'une assurance de santé nationale représente un pari risqué sur le plan financier, compte tenu du coût des traitements thérapeutiques et des mesures d'accompagnement social indispensables. Le degré d'intégration du risque lié au sida dans le contenu du futur éventail minimum de soins obligatoirement pris en charge constitue à ce titre un enjeu crucial.

Ce choix de société s'inscrit néanmoins dans un environnement économique et politique moins défavorable à ce type d'initiative au plan mondial. Les systèmes de sécurité sociale peuvent aussi être considérés comme un moteur du développement économique⁶⁹ et, de surcroît en Afrique du Sud, comme un élément de cohésion sociale au sein d'une société en pleine mutation et confrontée à ses tiraillements et ses forces centrifuges.

Le gouvernement doit maintenant procéder à la mise en œuvre effective de ce nouveau dispositif de sécurité sociale au sein duquel subsistent encore quelques zones d'ombre. Il dispose d'une marge de manœuvre qui demeure étroite compte tenu de la conjoncture actuelle et de l'hostilité de certains acteurs économiques et politiques influents.

⁶⁸ « En Afrique du Sud, un ennemi plus redoutable que l'Apartheid », *Le Monde*, 25 novembre 1998, page 2.

⁶⁹ « Plus de sérénité pour l'avenir », Association internationale de Sécurité sociale, *Espace social européen*, 6-12 novembre 1998, page 13.

SANTE PUBLIQUE ET ACCES AUX SOINS EN AFRIQUE DU SUD : UN ENJEU DE SOCIETE

CONCLUSION

La santé constitue bien un véritable enjeu social et financier en Afrique du Sud. Ce pays y consacre plus de 8% de son produit intérieur brut (PIB) contre 7% au Royaume-Uni, 8.5% pour l'Allemagne, 10% en France et 15% aux Etats-Unis. Les réformes engagées peuvent paraître tardives au regard des besoins de la population et par rapport au calendrier politique. Leur mise en application concrète coïncide en outre avec de nouvelles échéances électorales en 1999, ce qui ne facilitera guère le processus. Le mécontentement désormais perceptible d'une partie de la population noire traduit ses attentes partiellement satisfaites⁷⁰.

Par ailleurs, pour que la création d'un système de protection sociale devienne réellement effective, le ministère de la santé devra confirmer le caractère obligatoire de l'affiliation au nouveau régime d'assurance maladie. Le développement de ce type de dispositif apparaît encore embryonnaire sur le continent africain et les assurances sociales déjà créées dans d'autres pays présentent un caractère facultatif (Nigeria, Kenya, Guinée-Bissau) ou sont obligatoires uniquement dans le secteur public (Kenya)⁷¹. Avec cette réforme, le système de santé sud-africain demeure fragmenté car vont coexister un dispositif d'assistance par l'Etat en direction des plus démunis, une assurance sociale destinée aux classes moyennes et le recours aux compagnies privées d'assurance pour une minorité aisée. Le partenariat avec le secteur privé semble incontournable tant ce dernier est financièrement puissant. A ce jour, les mutuelles de santé conservent leur indépendance et les hôpitaux privés sont sollicités afin de contractualiser avec les autorités provinciales.

Il reste néanmoins un acquis majeur mais difficilement quantifiable au bilan des premières années de la nouvelle Afrique du Sud à travers l'émergence d'une véritable politique de santé publique, dont l'élaboration repose sur les besoins de la population et non sur la structuration de l'offre de soins. En plaçant les soins primaires au cœur du système et en basant leur gestion sur la notion de communauté des usagers, même si on peut redouter derrière cette approche un éventuel désengagement de l'Etat, l'Afrique du Sud contribue à donner du sens à des concepts utilisés dans les pays occidentaux comme « démocratie sanitaire » ou « santé solidaire ». A ce titre, les réformes en cours s'apparentent aux démarches également menées en Europe et en France afin d'instaurer un débat démocratique sur toutes les questions de santé⁷².

⁷⁰ Laurent Bijard (1998), « Mandela : la fin de l'état de grâce », *Le Nouvel Observateur*, 4-10 juin, page 72.

⁷¹ Debbie Pearman (1998), « Aspects of the Proposed Social Health Insurance Scheme », *Private Health Care*, The Seventh Annual Publication of the Hospital Association of South Africa, page 134.

⁷² Voir la circulaire ministérielle DGS/DAGPB/DH/DSS du 16 décembre 1998, relative à l'organisation des états généraux de la santé en France. Devant les préfets, le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale déclare : « la notion de santé publique est une notion récente dans notre pays ».