

## CHAPITRE 2

# Accès et équité dans les systèmes de soins de santé en Afrique

*Sanni Yaya et Samuel Ileka-Priouzeau*

Depuis leur accession à l'indépendance, de nombreux pays africains ont consenti d'importants efforts afin de prodiguer à l'ensemble de leurs populations une couverture sanitaire et de répondre ainsi à leur objectif qui consistait à promouvoir la santé publique. Les nombreuses initiatives mises en place par les organisations internationales par la diffusion de soins curatifs ne datent pas d'hier, et y ont joué un rôle déterminant en particulier après la période coloniale<sup>1</sup>. Depuis l'initiative de Bamako qui a eu lieu en 1987, les pouvoirs publics se sont résolus à renforcer les mécanismes de gestion et le financement des systèmes de santé au niveau local et à promouvoir la participation communautaire, l'accès aux soins de santé et aux médicaments essentiels. En dépit de ces relatifs progrès, les inégalités de santé persistent toujours dans plusieurs pays et les indicateurs sanitaires ne semblent pas s'améliorer. L'accessibilité aux soins est problématique et la prise en charge des problèmes de santé de la population n'est pas assurée de manière adéquate à la base de la pyramide sanitaire. En outre, la qualité des soins laisse à désirer alors que la stratégie des soins de santé primaire reste fragmentée et que la gestion du système n'est pas optimale en raison de son excès de centralisme. Les ressources humaines sont quantitativement et qualitativement insuffisantes et l'information sanitaire reste peu fiable et peu utilisée dans la planification et la gestion à tous les niveaux du système. Ceci dit, certains spécialistes insistent sur le fait que l'Afrique, en dépit de

---

1. OMS (2006). *Déclaration de politique générale: La déclaration d'Alma-Ata*, Genève: Organisation mondiale de la santé.

la situation actuelle, n'est pas totalement démunie face aux défis qui sont les siens : les méthodes de prévention, de diagnostic et de traitement les plus efficaces sont connues, et il ne reste plus qu'à mettre en place les ressources et les mécanismes nécessaires pour se les approprier afin de résoudre l'épineux défi de l'accès et de l'équité<sup>2</sup>.

Au cours des dernières années, l'accès aux soins a été le cheval de bataille des organisations comme l'OMS et l'UNICEF et les actions entreprises reposent sur le postulat selon lequel un meilleur accès aux services de santé conduirait à une utilisation plus appropriée, c'est-à-dire généralement plus fréquente, et par conséquent, à un meilleur état de santé de la population. Dans beaucoup de pays du tiers-monde, tout particulièrement dans les zones rurales, l'augmentation de l'utilisation des services de santé demeure l'un des grands défis de la planification sanitaire. À l'évidence, cet objectif était beaucoup trop ambitieux à atteindre pour plusieurs pays. Il est difficile d'étudier un sujet aussi vaste que la santé dans le continent africain. En effet, le chercheur se retrouve très rapidement submergé d'informations souvent incomplètes et l'on se rend également compte qu'il existe de grandes variations en ce qui a trait à prévalence des maladies et à leur prise en charge par les systèmes de santé entre chacun des 57 pays qui composent le continent africain, mais également au sein d'un seul et même pays. Le continent africain compte près d'un milliard d'habitants et on y retrouve 1 302 langues et dialectes. Cette incroyable richesse culturelle contraste malheureusement avec la situation qui y prévaut en matière de santé. Certes, le continent noir a connu de meilleurs jours avec une croissance économique de 5 % et un taux d'inflation inférieur à 10 % entre 2000 et 2005, mais la situation n'est pas rose et il reste beaucoup de travail à faire. Le PIB des pays d'Afrique subsaharienne a chuté de 13 % entre 1981 et 2000 et le nombre de personnes vivant avec moins de 1 \$ par jour y a doublé, passant de 164 millions à 314 millions, ce qui fait en sorte que les Africains représentent maintenant 31 % des pauvres dans le monde. Parmi la trentaine de pays qui affichent un important taux de mortalité (584/1 000 habitants), 23 avaient un taux de mortalité infantile de 207/1 000 habitants et tous, à l'exception de l'Afghanistan, étaient des pays africains<sup>3</sup>. Il apparaît très clairement que les progrès effectués par ces pays, dans l'ensemble, étaient largement inférieurs à la moyenne internationale dans plusieurs domaines et cette situation complique

---

2. OMS (2006). *Rapport sur la santé dans la région africaine*, Genève : Organisation mondiale de la santé.

3. Population Data.net.

considérablement l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement et l'atteinte de l'équité en santé.

Dresser un portrait fidèle de la situation de l'accès aux soins et de l'équité en matière de santé en Afrique représente un défi en raison de l'hétérogénéité des progrès sanitaires à l'échelle des pays. Mais il est néanmoins possible d'observer des tendances générales. Le *Rapport sur la santé dans la région africaine*, publié en septembre 2009 par l'Organisation mondiale de la santé, est révélateur en ce sens qu'il permet de donner un excellent aperçu de la progression de la santé de l'Afrique, de démontrer les progrès accomplis depuis les années 1990 et d'examiner les défis qu'il reste à relever. On y apprend notamment que 72 % des décès sont dus au VIH/sida, à la tuberculose, au paludisme, aux infections respiratoires, à d'autres maladies infectieuses et aux complications de la grossesse et de l'accouchement. Ces décès qui sont souvent évitables ne représentent que 23 % de la mortalité dans les autres pays<sup>4</sup>. Les nombreuses initiatives comme celles du G8, du NEPAD et des Objectifs du développement du millénaire (ODD) s'accordent pour dire que la pauvreté constitue le frein le plus important à l'amélioration de la situation sanitaire en Afrique et qu'une augmentation judicieuse des ressources, couplée à une gestion rigoureuse et diligente pourrait conduire à une amélioration progressive des indicateurs sanitaires. Il est difficile de prétendre analyser l'accès et l'équité aux soins de santé sans s'interroger sur les facteurs qui conditionnent ceux-ci, notamment sur les différentes barrières qui freinent ou empêchent l'expression d'un besoin ressenti et favorisent les disparités en matière de santé, mais aussi sur l'organisation du système de santé qui, en envoyant le patient d'un niveau à l'autre de la hiérarchie sanitaire, oriente l'itinéraire thérapeutique des patients. Ce chapitre se propose d'examiner la mesure dans laquelle les systèmes de santé africains répondent aux besoins des populations et contribuera à alimenter la réflexion sur la façon dont les ressources sanitaires sont organisées pour accueillir les populations et la capacité de celles-ci à s'adapter à cette offre, car ces facteurs influencent grandement l'accès et l'équité.

## **L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ EN AFRIQUE : UNE QUESTION DE VIE OU DE MORT**

La recherche sur les inégalités socio-économiques dans le domaine de la santé s'est intensifiée au cours des deux dernières décennies. Les preuves

---

4. OMS (2009). *Rapport sur la santé dans la région africaine*, Genève : Organisation mondiale de la santé.

scientifiques rassemblées jusqu'à ce jour ont convaincu les pouvoirs publics de l'impérieuse nécessité d'accroître les mesures destinées à accroître l'équité en santé. Mais celle-ci n'est possible que dans la mesure où les individus ont accès aux soins de santé dont ils ont besoin au moment où ils en ont besoin. L'accessibilité aux soins pour les populations des pays en développement apparaît de nos jours comme un défi sanitaire majeur à relever. La plupart des travaux sur la question ont révélé qu'il existe une relation étroite entre l'accessibilité à des services de santé et l'utilisation de ces derniers<sup>5</sup>. La non-exclusion des citoyens constitue l'une des caractéristiques importantes d'un bien public comme la santé. La fonction et la qualité principales d'un système de santé résident dans leur capacité à assurer une égalité d'accès, que celle-ci soit financière, géographique ou autre, à des soins de qualité pour l'ensemble des collectivités<sup>6</sup>. Ceci nécessite, pour ce faire, la mise en commun des ressources pour une meilleure répartition des risques ainsi que l'implantation d'une carte sanitaire judicieuse qui tienne compte non seulement d'une répartition spatiale rigoureuse des infrastructures, mais aussi des ressources humaines et financières disponibles<sup>7</sup>. L'accessibilité comme notion fondamentale en santé publique se définit, dans une perspective purement géographique, comme la capacité qu'a un lieu d'être atteint à partir d'autres endroits de localisation géographique différente.

L'égalité d'accès à des soins de qualité a toujours constitué un souci majeur des gouvernements tant dans les pays développés que dans ceux en développement. À bien des égards, le coût financier de cette meilleure accessibilité a contribué en partie à entraver son développement dans les pays africains<sup>8</sup>. La question de l'accès est devenue une dimension structurante des débats qui portent sur la santé en Afrique. La complexité de la situation sanitaire qui y prévaut renforce l'intérêt de la notion d'accès pour réfléchir à l'évolution des systèmes de santé et des politiques de soins qui y sont associées. L'accès aux soins est d'abord envisagé à partir de barrières financières qui entravent la jouissance d'un certain nombre de biens et services de santé. De nombreux travaux ont mis en exergue l'ampleur des inégalités dont souffrent les populations défavorisées et les difficultés d'accès aux soins

- 
5. T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya et M. Wirth (2001). *Challenging inequities in health*, New York: Oxford UP.
  6. Ross J. Barnett (1984). «Equity, Access and Resource Allocation: Planning Hospital Services in New Zealand», *Social Science and Medicine*, 8: 981-989.
  7. N. Bagheri, G.L. Benwell et A. Holt (2005). «How far are you from help», PostGrad Symposium. Dunedin, New Zealand: Otago University.
  8. D. Leon et G. Walt (2001). *Poverty, inequality and health: an international perspective*, New York: Oxford UP.

qu'éprouvent les plus démunis. Cependant, de plus en plus d'études ont tenté de mettre l'accent sur ce qui, tant en amont qu'en aval de l'accessibilité financière, est problématique dans l'accès aux soins. Au-delà de la capacité à payer, il y a l'ensemble des défis matériels, géographiques, culturels qui conditionnent l'accès aux lieux où les soins de santé sont prodigués.

L'accessibilité est une notion qui rend compte de la plus ou moins grande facilité avec laquelle un individu peut accéder à un service. Appliquée à la santé, elle se décline en termes de disponibilité de la ressource, de permanence, de distance qui sépare l'individu du centre de santé ou de l'hôpital, de contraintes financières qui entraveraient l'accès à la ressource. L'accès est parfois considéré comme la propriété des ressources sanitaires, tantôt comme celle des utilisateurs potentiels, tantôt comme le degré d'ajustement entre les caractéristiques de la population et celles des ressources sanitaires. La capacité d'une population d'accéder à des soins de santé est fonction des facteurs économiques, temporels, culturels, organisationnels, informationnels et de localisation qui peuvent constituer des barrières ou des facilitateurs à l'obtention des services. Mais l'accès aux services et soins de santé n'est possible que dans la mesure où ceux-ci sont disponibles. Cette disponibilité implique une présence physique, une disponibilité temporelle et une fourniture effective des prestations en fonction du volume et de la nature des besoins perçus ou exprimés. Ceci dit, la question de l'accès aux soins ne saurait évacuer celle de leur qualité. Dans les pays en développement, la formation médicale est souvent d'un niveau assez bas et d'un contenu mal adapté aux conditions de travail réelles, et la prestation de soins de qualité est restreinte par la pénurie de matériel médical.

En reprenant les dimensions de l'accès ci-dessus, on constate aisément qu'il existe un véritable fossé entre l'accès aux soins de santé dont jouissent les habitants des pays industrialisés comparativement à ceux du tiers-monde<sup>9</sup>. L'Afrique fait face à une pénurie dramatique de médecins et la situation frôlera la catastrophe d'ici 2015. Aujourd'hui, quelque 38 pays d'Afrique subsaharienne se situent sous la norme minimale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 20 médecins pour 100 000 habitants; 13 de ces pays comptent 5 médecins ou moins pour 100 000 habitants et perdent des professionnels de la santé au profit des pays plus riches. Selon l'Organisation mondiale de la santé, considérant les déséquilibres de la répartition de médecins à l'échelle mondiale, l'Afrique devra faire face à une pénurie de

---

9. J. Kim, J. Millen, A. Irwin et J. Gershman (2000). *Dying for growth: global inequality and the health of the poor*, Monroe, Maine: Common Courage.

soins, avec un manque à gagner de plusieurs millions de professionnels de santé, ce qui l'éloigne de ses objectifs en matière de couverture médicale. D'après les Nations unies et Médecins sans frontières, plusieurs pays doivent renoncer à traiter de nouveaux malades du sida car les bailleurs de fonds tardent à remplir leurs engagements. Le manque d'infrastructures de santé, en particulier dans les zones rurales, a alourdi le bilan des victimes de maladies diverses. Rares sont les centres de santé, lorsqu'ils existent, qui assurent de façon satisfaisante leur mission de service public et qui ne se trouvent pas dans une situation précaire tant du point de vue technique que financier. La qualité des services est insuffisante et l'accueil dans bien de cas est déficient. Selon l'OMS, les malades ont souvent du mal à être pris correctement en charge en Afrique alors que les paiements clandestins au personnel médical, paramédical et même auxiliaire sont fréquents et que les dépenses que doivent effectuer les malades sont excessives et inappropriées. Bref, les systèmes de santé dans plusieurs pays se retrouvent dans un état de quasi-faillite totale tant ils se retrouvent dans l'incapacité financière, matérielle et logistique de faire face à l'ensemble de leurs responsabilités.

Les statistiques sanitaires peu reluisantes témoignent encore de la difficulté qu'éprouvent les populations africaines à accéder à des soins de qualité. Des progrès ont été accomplis dans certains pays, mais près de 11 millions d'enfants de moins de cinq ans continuent à mourir chaque année dans le monde. Dans 16 pays, dont 14 se trouvent en Afrique, les taux de mortalité chez les moins de cinq ans sont plus élevés qu'en 1990. La région africaine compte 11 % de la population mondiale, et 60 % des personnes vivant avec le VIH/sida, principale cause de décès chez les adultes. Le paludisme est endémique dans 42 des 46 pays et plus de 90 % des 300 à 500 millions de cas cliniques de paludisme qui surviennent chaque année dans le monde touchent des Africains et, avant tout, des enfants de moins de cinq ans. Le problème de la tuberculose, qui a été déclarée une urgence de santé publique, s'est aggravé parallèlement à celui du VIH/sida, car les personnes vivant avec le VIH, dont le système immunitaire est affaibli, contractent facilement cette maladie et font ensuite une tuberculose évolutive. Cette épidémie est considérée par la Banque mondiale comme étant un frein au développement. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme estime que la maladie a fait chuter la croissance *per capita* de la moitié des pays subsahariens de 0,5 % à 1,2 % chaque année et que cette situation pourrait s'amplifier dans les années à venir. Or, selon le Fonds monétaire international, il faudra une croissance économique annuelle de 7 % dans les pays subsahariens au cours des dix prochaines années pour atteindre le premier objectif du millénaire pour le développement, c'est-à-dire diminuer

de moitié la pauvreté d'ici 2015<sup>10</sup>. L'organisme mentionne également que le VIH/sida empêche certains investissements dans des domaines importants comme l'agriculture. Il souligne finalement que le VIH/sida a un impact sur le système d'éducation des pays, dans le sens où celui-ci a eu d'énormes répercussions sur certaines populations enseignantes<sup>11</sup>.

**TABLEAU 1**  
L'épidémie du sida : quelques données

Région	Adultes (> 15 ans) + enfants vivant avec le VIH	Adultes (> 15 ans) + enfants : nouvelles infections au VIH	Prévalence chez les adultes (15-49 ans) (%)	Adultes (> 15 ans) + enfants : décès dus au sida	Nombre d'orphelins
Afrique subsaharienne	24,7 millions	2,8 millions	5,9	2,1 millions	12 millions
Monde	39,5 millions	4,3 millions	1,0	2,9 millions	15 millions
Part de l'Afrique	63 %	65 %	ND	72 %	80 %

Mais l'épidémie du sida n'est pas la seule maladie infectieuse qui ravage le continent africain. En effet, le paludisme a été identifié par l'OMS comme étant l'une des trois maladies infectieuses ayant progressé le plus depuis les vingt dernières années<sup>12</sup>. Cette maladie transmise par les moustiques est endémique dans 42 des 46 États membres de la région africaine de l'OMS<sup>13</sup>. Cette recrudescence semble appartenir au cercle vicieux de la pauvreté : en effet, la maladie a des effets économiques considérables sur les pays qui en sont victimes. Le problème posé par le manque d'équité à l'accès aux soins de santé est d'autant plus important que la malaria est considérée comme la maladie des pauvres. En effet, cette maladie les touche particulièrement, notamment à cause de leurs conditions de vie précaires, mais elle les plonge encore plus loin dans la pauvreté car elle affecte principalement les jeunes adultes dans leurs années de vie productive. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria soulève d'ailleurs qu'une personne

10. OMS (2009). *Rapport sur la santé dans la région africaine*, Genève : Organisation mondiale de la santé, chapitre 1, p. 6.

11. Selon les données du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

12. OMS (2009). *Rapport sur la santé dans la région africaine*, Genève : Organisation mondiale de la santé, chapitre 3, p. 44.

13. *Ibid.*, chapitre 3, p. 51.

atteinte de cette maladie voit le revenu moyen de son ménage baisser de 20 à 30 %. Le Rapport sur la santé en Afrique de l’OMS souligne que les pays qui souffrent de l’épidémie palustre perdent « 1,3 point de pourcentage de croissance économique par an par rapport à des pays analogues où la maladie n’est pas endémique et que le coût annuel de la perte de productivité et du traitement contre le paludisme s’élève dans la Région à près de 12 milliards \$US<sup>14</sup> ».

Selon le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, une prévention et un traitement efficaces pourraient permettre de réduire la mortalité infantile liée à la malaria de 50 % et contribueraient à réduire le fardeau global de cette maladie<sup>15</sup>. Bien entendu, cette situation est amplifiée par un environnement présentant des risques sanitaires importants. L’urbanisation rapide qui touche certaines régions n’est pas sans risque : les eaux contaminées, la pollution atmosphérique et les faibles niveaux d’hygiène contribuent aux risques auxquels les gens doivent faire face quotidiennement. Les risques inhérents à la nature ne sont pas négligeables : entre les moustiques vecteurs de paludisme et des parasites multiples, leur présence ne saurait être ignorée. Les barrières relatives à l’accès semblent liées tant à la production de services de santé, à leur disponibilité qu’à leur consommation. L’itinéraire thérapeutique des malades en Afrique est parsemé d’embûches qui, cumulées aux contraintes financières des populations, constituent souvent une des principales, sinon la première, raison de l’inaction thérapeutique face à la maladie ou du choix d’un recours particulier. Dans une population très hétérogène, les barrières culturelles en raison de la langue, du sexe, de l’ethnie peuvent contribuer à altérer les relations entre les prestataires de soins et les patients.

---

14. *Ibid.*

15. Selon les données du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

**TABEAU 2**  
Quelques indicateurs de santé dans la région africaine

Indicateurs	Donnée	Année
Espérance de vie à la naissance en années (hommes)	47	2004
Espérance de vie à la naissance en années (femmes)	49	2004
Espérance de vie en bonne santé à la naissance en années (hommes)	40	2002
Espérance de vie en bonne santé à la naissance en années (femmes)	42	2002
Probabilité de décès entre 15 et 60 ans pour 1 000 personnes (hommes)	519	2004
Probabilité de décès entre 15 et 60 ans pour 1 000 personnes (femmes)	465	2004
Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes	43	2004
Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	910	2000

**TABEAU 3**  
Disponibilité du personnel médical dans la région africaine

Personnel de la santé / Ressource	Mesure	Donnée	Année
Médecins	Densité pour 1 000 habitants	0,22	2002 → 2004
Personnel infirmier	Densité pour 1 000 habitants	1,3	1997 → 2004
Sages-femmes	Densité pour 1 000 habitants	0,08	1997 → 2004
Dentistes	Densité pour 1 000 habitants	0,06	1997 → 2004
Pharmaciens	Densité pour 1 000 habitants	0,6	2002 → 2004
Nombre de lits d'hôpitaux	Par 10 000 habitants	9	2005

## **LA LORNETTE DE L'ACCÈS ET DE L'ÉQUITÉ : SAISIR LA COMPLEXITÉ DES OBSTACLES**

Les Objectifs du millénaire pour le développement, qui vont de la réduction de moitié de l'extrême pauvreté à l'éducation primaire pour tous, en passant par l'arrêt de la propagation des maladies infectieuses notamment en Afrique, et ce à l'horizon 2015, constituent un schéma directeur pour l'avènement d'un monde meilleur. Mais la misère et la pauvreté constituent des fléaux impitoyables et des obstacles à l'accès et l'équité en santé. Le PIB

moyen par habitant en Afrique en 2009 était de 3 700 \$US<sup>16</sup>. Même si les pays africains ont enregistré de meilleurs résultats économiques au cours des années 2000 et que le continent a connu l'un de ses plus bas taux d'inflation depuis 25 ans, il n'est pour autant pas sorti du pétrin. Ces améliorations constituent, certes, un pas en avant vers une situation de stabilité économique, mais il n'en demeure pas moins qu'elles ne se traduisent pas nécessairement par de réelles améliorations de la santé publique. L'accès aux services de soins de santé est encore extrêmement limité par l'existence de frais de soins directs que seul un faible nombre de ménages peut se permettre. L'OMS estime que ces paiements directs constituent des facteurs d'appauvrissement collectif, en particulier dans un contexte où 76 % des habitants de l'Afrique subsaharienne par exemple ont un revenu inférieur à 2 \$US par jour et 46,5 % un revenu inférieur à 1,08 \$US par jour. Entre 1981 et 2001, le PIB des pays africains a diminué de 13 % et le nombre d'habitants de la région vivant avec moins de 1 \$US par jour a doublé, passant de 164 millions à 314 millions. Alors que les Africains représentaient seulement 16 % des pauvres dans le monde en 1985, leur proportion est, depuis, passée à 31 %<sup>17</sup>. Il semblerait que seuls les revenus des habitants de l'Afrique du Sud ont réellement connu une augmentation significative depuis les années 1990<sup>18</sup>.

Les difficultés à promouvoir l'équité et l'accès ne sont pas le seul fait de la pauvreté. Celles-ci sont en partie le reflet de politiques sanitaires douteuses et d'un faible investissement en santé qui a perduré depuis des dizaines d'années. Par ailleurs, certaines études ont démontré que les programmes d'ajustements structurels mis en place par la Banque mondiale y ont fortement contribué<sup>19</sup>. Selon l'OMS, ces ajustements sont :

[...] des politiques économiques visant les pays en développement qui ont reçu une aide de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international depuis le début des années 1980, par l'allocation de prêts conditionnels et par l'adoption de telles politiques. Les prêts d'ajustements structurels sont des prêts alloués par la Banque mondiale. Ils ont été conçus pour encourager les ajustements structurels d'une l'économie, notamment par la réduction d'un

---

16. Selon les statistiques de l'Index Mundi.

17. OMS (2009). *Rapport sur la santé dans la région africaine*, Genève : Organisation mondiale de la santé, chapitre 1, p. 3.

18. OCDE (2005). « Perspectives économiques en Afrique », *L'Observateur de l'OCDE*, n° 249, mai.

19. K. Danaher (1994). *Fifty years is enough: the case against the World Bank and the International Monetary Fund*, Boston : South End.

contrôle « excessif » de la part du gouvernement et en promouvant la concurrence de marché, en accord avec l'agenda néo-libéral suivi par la Banque<sup>20</sup>.

Okunade (2005) estime que tous les pays africains qui ont demandé l'aide d'institutions financières internationales entre les années 1980 et le début des années 1990 ont dû endurer des programmes d'ajustements structurels restrictifs. Selon l'auteur, la Banque mondiale aurait ainsi prêté plus de 500 millions de dollars chaque année, entre 1987 et 1995. Il se trouve que les besoins primaires, dont fait partie la santé, constituent à eux seuls une grande partie des dépenses gouvernementales qui ont subi d'importantes coupures, au détriment de plusieurs domaines essentiels. C'est le cas par exemple du Bénin dont la part de PIB dédiée à la santé est passée de 8,81 % en 1987 à 3,42 % en 1993. Le même constat a été enregistré au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Kenya, à Madagascar, au Malawi, à l'île Maurice et dans plusieurs autres pays<sup>21</sup>. Il est intéressant de remarquer qu'en dépit de ces observations certaines initiatives plus contemporaines reprennent le rôle que jouaient les programmes d'ajustements structurels. C'est le cas du Cadre de développement intégré de la Banque mondiale, instauré en 1998 et qui avait pour objectif la mise en place de réformes globales à long terme, la réduction de la mauvaise gouvernance ainsi que la réduction de la pauvreté<sup>22</sup>. Les pays visés par ce programme devraient appliquer un certain nombre de mesures dont la réforme du secteur public (privatisation et désétatisation), la décentralisation des services et la libéralisation des marchés, des prix et des échanges. Bien entendu, de fortes améliorations doivent encore être apportées par les pays africains au chapitre de la gestion des fonds. Le *Rapport sur la santé dans la région africaine* de l'OMS indique qu'en moyenne seulement 5 % du PIB des pays faisant partie de la région africaine de l'OMS avaient été alloués à la santé en 2003 et que 51 % de ces dépenses provenaient du secteur public. La part moyenne des dépenses de santé publique financées par des ressources extérieures est de 26 %, avec de larges variations d'un pays à l'autre, allant de moins de 1 % (en Algérie) à plus de 75 % (au Rwanda). Les dépenses de santé du secteur

---

20. OMS (2009). « Glossary of globalization, trade and health terms: Structural Adjustment Programmes (SAPs) ». En ligne : <http://www.who.int/trade/glossary/story084/en/index.html>.

21. A. Okunade (2005). « Analysis and Implications of the Determinants of Healthcare Expenditure in African Countries », *Health Care Management Science*, 8 (4) : 267-276.

22. B. Campbell et C. Monga (2008). « Des programmes d'ajustement structurel aux Objectifs du millénaire: bilan des politiques d'aide internationale ». Conférence dans le cadre de l'école de 2008 : *L'Afrique pas si noire que ça*.

privé (des ménages, des organisations non gouvernementales, des entreprises privées, des assurances) représentaient en moyenne 49 % de l'ensemble des dépenses de santé, les ménages s'acquittant de la plus grosse part (80 %).

**TABLEAU 4**  
Caractéristiques des médecines traditionnelle et moderne

<b>Caractéristique</b>	<b>Médecine traditionnelle africaine</b>	<b>Médecine dite « scientifique »</b>
Nombre d'années d'utilisation par les Africains	Plusieurs millénaires	Quelques décennies
Approche	Holistique	Ciblée
Contexte	Publique	Personnelle/Intime
Automédication	Oui	Non
Réponse initiale à la maladie	Auto-diagnostic	Consultation systématique d'un professionnel de la santé

Afin de mieux saisir la complexité des obstacles qui touchent à l'équité et à l'accessibilité aux soins en Afrique, il faut examiner la question du pluralisme thérapeutique. L'OMS souligne que, dans de nombreux pays, la majorité de la population dépend de la médecine traditionnelle pour les soins de santé primaires. L'histoire de la colonisation et de la décolonisation de ce continent a profondément marqué la perception qu'ont les Africains de leurs systèmes de santé et surtout sur la façon dont ils l'utilisent. Ces derniers ont dû rapidement s'adapter au changement de soins qui s'offraient à eux. On ne peut donc prétendre comprendre l'évolution de l'accès aux soins de santé sans comprendre l'évolution du type de soins proposés aux Africains. Il existe très peu de données sur l'accès aux soins de santé en Afrique pendant la période précoloniale. Il est cependant possible d'en évaluer certains aspects par déduction. Ce qu'on sait par contre, c'est que 80 % des Africains utilisent actuellement la médecine traditionnelle, notamment dans le traitement de maladies graves comme le VIH/sida<sup>23</sup>. Cette observation tient principalement au fait que la médecine traditionnelle est en général moins chère que la médecine dite « scientifique ». Ce chiffre paraît particulièrement élevé quand on considère que cela fait environ un siècle

23. A. Dahlberg et S. Trygger (2009). « Indigenous Medicine and Primary Health Care: The Importance of Lay Knowledge and Use of Medicinal Plants in Rural South Africa », *Human Ecology*, 37 (1): 79-94.

que les Africains sont exposés à la médecine dite moderne, cette dernière privilégiant une approche de remplacement plutôt que l'intégration des connaissances précieuses de la médecine traditionnelle<sup>24</sup>. Ces données traduisent bien l'importance accordée par les Africains à leur médecine traditionnelle, une médecine qui est souvent confondue avec la sorcellerie, ce qui lui attire de nombreuses critiques. Ses détracteurs lui reprochent un manque de régulation et de standardisation. Ces derniers soulèvent le fait que la médecine africaine ne suit pas toujours les lignes directrices et les codes de meilleures pratiques recommandés par le Code de Nuremberg. Yangni-Angaté (2000) fait la remarque suivante :

Contrairement à cette médecine cartésienne dynamique, l'on doit admettre que de par sa nature, la médecine traditionnelle ne vise pas au progrès. Elle n'est pas ouverte à l'innovation, au renouvellement et à des modifications progressives de ses principes, moyens, et méthodes. La tradition la maintient statique et repliée sur elle-même, soumise à la passivité de l'empirisme rigide-ment établi par les anciens et suivi fidèlement par les disciples. Néanmoins il faut reconnaître ses mérites. Elle a une vue globale de la maladie fondée sur la philosophie africaine. On lui doit l'approche globale et multidimensionnelle à la santé. La médecine moderne a tiré profit de cette valeur, et l'OMS l'a adoptée. En conséquence, certains domaines comme la santé publique, l'épidémiologie, et la santé communautaire ont été renforcés<sup>25</sup>.

La colonisation/décolonisation a forcé les Africains à faire face à un véritable changement culturel au niveau de leurs pratiques médicales, mais aussi en ce qui touche à l'utilisation des services et soins de santé. Cette transition est porteuse de certains points positifs, dont la diversification des soins prodigués. On peut cependant se demander s'il a eu un impact sur l'accès et l'utilisation. Les pays africains disposent d'une structure d'offre sanitaire largement inférieure aux besoins des populations. Plusieurs d'entre eux ne disposent que de ressources sanitaires rares et surtout hors d'atteinte de ceux qui en ont besoin. La gravité de la situation est amplifiée par le contexte géopolitique et démographique que présente cette partie du monde. En effet, les guerres qui ont ravagé le continent africain ont eu des conséquences considérables sur la situation sanitaire en Afrique, autant au niveau

---

24. F.J. Verstraelen (2002). « Contrasting Aspects of African Decolonisation Processes and Missions In West and Southern Africa : Ghana and Angola as case studies », *Zambezia: The Journal of Humanities of the University of Zimbabwe*, 9 (1).

25. A. Yangni-Angaté (2000). « Médecine traditionnelle et médecine moderne dans le contexte de la mondialisation ». *Prometra, Médecine Verte*, n° 007, octobre-décembre.

des systèmes sanitaires qu'à celui de la prolifération des guerres<sup>26</sup>. Ces dernières prennent plusieurs formes : certaines sont entre plusieurs États, d'autres sont civiles, d'indépendance ou interethniques. Les données ci-après permettent de prendre toute la mesure de l'impact des guerres qui ont eu lieu sur le continent africain depuis 1960. L'iniquité est souvent perçue comme une inégalité entre les personnes disposant d'un haut revenu et celles qui disposent d'un bas revenu. Il faut cependant garder en tête que cette inégalité peut être causée par une multitude d'autres facteurs sociaux<sup>27</sup>. Nous savons par exemple que le sexe, l'origine ethnique, la caste ou l'âge représentent des causes courantes d'inégalité à l'accès aux soins de santé en Afrique. Il est important de se rappeler que cette inégalité est, certes, une conséquence de l'iniquité des richesses, mais elle est le reflet d'une multitude d'inégalités sociales qui interagissent entre elles en fonction d'un contexte donné, pour créer une situation donnée, qui sera vécue par un groupe donné<sup>28</sup>.

**TABLEAU 5**  
Les conflits en Afrique depuis 1960

Nombre de pays impliqués	Nombre cumulatif d'années de guerre	Nombre total de morts	Nombre de morts par année de guerre	Nombre de morts moyen par année
36	180	9 267 000	51 483	185 340

  

Pays	Durée	Nombre de morts	Type de conflit
Afrique du Sud	1983-1996	20 000	Guerre civile
Algérie	1991-2004	60 000	Guerre civile
Angola	1961-1975	50 000	Guerre d'indépendance
Angola	1975-2002	1 000 000	Guerre civile
Burundi	1993-2005	100 000	Violences ethniques
Congo Brazzaville	N.D.	N.D.	N.D.
Congo Kinshasa	1977-1983	10 000	Répression des dissidents

26. L. Magnussen, J. Ehiri et P. Jolly (2004). «Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy», *Health Affairs*, 23 (3): 167-176.

27. D. Coburn (2000). «Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neoliberalism», *Social Science and Medicine*, 51: 135-146.

28. G. Sen, A. Aditi Iyer et C. Mukherjee (2009). «A methodology to analyse the intersections of social inequalities in health», *Journal of Human Development and Capabilities*, 10 (3): 397-415.

Pays	Durée	Nombre de morts	Type de conflit
Congo Kinshasa	1996-2005	4 000 000	Guerre civile
Côte d'Ivoire	2000-2007	3 000	Guerre civile
Djibouti	1991-1994	1 000	Rébellion
Égypte	1967	N.D.	Guerre contre Israël
Érythrée / Éthiopie	1998-2000	100 000	Guerre entre États
Éthiopie	N.D.	N.D.	N.D.
Guinée-Bissau	1962-1974	15 000	Guerre d'indépendance
Guinée-Bissau	1998-1999	10 000	Guerre civile
Guinée équatoriale	N.D.	N.D.	N.D.
Liberia	1985	5 000	Répression des dissidents
Liberia	1990-1997	40 000	Guerre civile
Maroc	N.D.	N.D.	N.D.
Mauritanie / Maroc	1975-1989	15 000	Guerre entre États
Mozambique / Portugal	1965-1975	30 000	Guerre d'indépendance
Mozambique	1981-1992	500 000	Guerre civile
Namibie / Afrique du Sud	1965-1990	25 000	Guerre d'indépendance
Nigeria	1967-1969	300 000	Guerre ethnique (Biafra)
Nigeria	2001-2004	55 000	Violences ethniques
Ouganda	1971-1978	250 000	Guerre ethnique
Ouganda	1981-1986	100 000	Répression des dissidents
Rwanda	1994	1 000 000	Violences ethniques
Sierra Leone	1991-2001	100 000	Guerre civile
Somalie	1988-2005	100 000	Guerre civile
Soudan	1983-2002	1 000 000	Guerre ethnique
Soudan	2003-2007	300 000	Guerre civile
Tanzanie / Ouganda	1978-1979	3 000	Guerre entre États
Tchad	1965-1994	75 000	Guerre civile

La santé et l'équité ne sont pas seulement importantes en soi. Elles ont une forte incidence en fait de développement économique et de développement humain. Il est possible d'extrapoler cette observation à une échelle nationale : de la même façon qu'un bon état de santé peut stimuler la croissance économique, un mauvais état de santé peut entraîner une pauvreté

dont il est très difficile de sortir. Il s'agit là du cercle vicieux de la pauvreté<sup>29</sup>. Certaines maladies y contribuent plus que d'autres ; c'est le cas de la tuberculose. En effet, cette maladie frappe de plus en plus fréquemment les membres les plus jeunes, économiquement productifs, de la société en Afrique, en particulier les jeunes filles et les femmes. La Commission sur les déterminants sociaux de la santé affirme que plus de 100 millions de personnes voient leur revenu diminuer à cause des coûts engendrés par les soins de santé. Cette dernière suggère donc la mise en place d'une couverture universelle qui serait fondée sur les soins de santé primaires. L'impact est tel que certains pays perdent les années de vie qu'ils avaient gagnées. De nombreuses études démontrent que l'amélioration globale de la santé peut permettre la création d'un capital humain fonctionnel et productif, qui pourra à son tour contribuer au développement<sup>30</sup>.

## **OPTIONS FONDAMENTALES DU RENOUVEAU D'UNE POLITIQUE SANITAIRE AFRICAINE**

À l'aube du troisième millénaire, les certitudes et les repères de l'humanité en ce qui touche au développement des sociétés humaines sont largement ébranlés. Les progrès de l'humanité au chapitre de la croissance économique et du développement humain n'ont pas eu l'incidence souhaitée sur la qualité de vie des populations, tant dans les pays industrialisés que dans le tiers-monde<sup>31</sup>. La situation reste toutefois particulièrement préoccupante dans les pays pauvres. Les pays africains abordent le XXI<sup>e</sup> siècle avec l'espoir de lendemains meilleurs, mais aussi avec énormément d'appréhensions et d'incertitudes<sup>32</sup>. Dix ans après la Déclaration du millénaire en 2000, le continent africain est toujours à la traîne tant l'ampleur de la tâche à accomplir est titanesque. La pauvreté y fait rage et les populations sont confrontées à une charge de morbidité en augmentation constante, aux

---

29. J. Walsh et K. Warren (1979). « Selective Primary Health Care; an Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries », *New England Journal of Medicine*, 301 (18): 967-974.

30. Vasudeva N.R. Murthy et Albert A. Okunade (2009). « The core determinants of health expenditure in the African context: Some econometric evidence for policy », *Health Policy*, 91 (1): 57-62.

31. P. Braveman (1998). *Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low-and middle-income countries*, Genève: WHO.

32. P. Rosenfield (1985). « The contribution of social and political factors to good health », dans S. Halstead, J. Walsh et K. Warren (dir.), *Good health at low cost*, New York: Rockefeller Foundation: 173-185.

troubles sociaux et à des catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme. Tous ces facteurs mettent en péril les efforts de nombreux acteurs pour amélioration de la santé des populations et leur permettre d'aspirer à un avenir meilleur. Les pouvoirs publics ne peuvent aujourd'hui continuer de s'accommoder de réformes de cosmétiques car il est crucial de revoir les idéaux énoncés dans la déclaration d'Alma-Ata et de dépasser les Objectifs du millénaire pour le développement<sup>33</sup>.

Les systèmes de santé africains sont dans un tel état de dégénérescence et de décrépitude qu'une véritable politique de santé s'impose pour améliorer le capital sanitaire (humain) africain, déficitaire qualitativement et quantitativement. Cette politique doit comporter des objectifs mesurables qui se voudront concrets et ambitieux, réalistes et réalisables, appropriés dans le temps, et traduits dans des actions susceptibles de prévenir, de soigner ou de guérir les maladies, imperfections organiques, fonctionnelles ou psychiques qui peuvent compromettre, limiter ou interdire l'activité familiale, professionnelle ou sociale des individus. Elle doit également recouvrer l'ensemble des moyens juridiques (lois et règlements), institutionnels, humains, techniques, économiques, financiers et budgétaires susceptibles d'empêcher l'apparition des maladies ou faire régresser celles qui se sont déclarées, dans une perspective très large de protection de la santé publique. Dans ce cadre, les régimes de protection sociale auront à jouer un rôle déterminant dans l'amélioration de l'état de santé de la population. À l'instar du système de protection sociosanitaire mis en œuvre dans certains pays à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, il se devra d'être généreux quant à ses prestations et généralisé à l'ensemble de la population. Ceci dit, parce que l'Afrique est une mosaïque d'États, les politiques sanitaires qui y seront mises en œuvre devront se lire au pluriel pour tenir compte de l'étendue du continent, de la diversité des sociétés, de la diversité des « colonisations et des décolonisations », de la diversité des politiques de développement retenues par les différents gouvernements.

Le financement, l'organisation et la gestion des systèmes de santé africains doivent être revus. Même si l'arrivée de nouveaux partenaires en matière d'aide au développement a augmenté l'assistance bilatérale et multilatérale, le financement des interventions en santé reste encore imprévisible et très volatile. Le manque de financement des soins de santé en Afrique est depuis

---

33. D. Raphael (2003). *Maintaining Population Health in a Period of Welfare State Decline: Political Economy as the Missing Dimension in Health Promotion Theory and Practice*, Health Promotion International.

longtemps considéré comme un frein au développement. Le nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD) a d'ailleurs reconnu la nécessité d'instaurer des systèmes de santé et de les renforcer par un meilleur financement afin d'atteindre une situation sanitaire viable. Le principal enjeu ayant freiné l'investissement public a toujours été l'impact économique que pouvaient avoir ces investissements<sup>34</sup>. Ceci s'avère particulièrement vrai dans le domaine de la santé, qui est souvent très coûteux. Certaines grandes initiatives dans ce sens ont récemment vu le jour. C'est notamment le cas de la Déclaration d'Abuja en 2005, qui a demandé la levée de tous les obstacles tarifaires et économiques au financement en santé. Les gouvernements de certains pays développés ont également fait un pas en avant lors du sommet du G8 en 2005, en annulant la dette de 18 des pays africains les plus pauvres. Ils ont également promis d'accroître l'aide au développement de 50 milliards de dollars US. La santé doit être considérée comme un investissement à long terme<sup>35</sup>.

Certaines initiatives ont été mises en place pour permettre aux pays africains de mettre en place des politiques sanitaires viables susceptibles d'assurer l'équité en santé<sup>36</sup>. C'est le cas du projet CHOICE (*Choosing Interventions that are Cost Effective*) parrainé par l'OMS. L'une des mesures les plus immédiates et nécessaires consisterait à abolir la participation financière directe. Même si celle-ci ne représente qu'une faible part au financement de la santé, elle constitue néanmoins un obstacle à l'équité à l'accès aux soins de santé. Une étude menée en Tanzanie a pourtant démontré que son abolition ne coûterait annuellement que 13 millions de dollars US<sup>37</sup>. La Commission macroéconomie et santé de l'OMS a estimé qu'un montant minimum de 34 \$US par personne et par an était nécessaire pour fournir un ensemble essentiel d'interventions de santé publique afin d'atteindre à la fois les Objectifs du millénaire pour le développement dans ce domaine et les cibles qui ont été fixées par le NEPAD. Dans la même veine, la Commission du Royaume-Uni pour l'Afrique suggère que les donateurs investissent deux fois plus dans les infrastructures de santé afin que les

---

34. J. Gershman et A. Irwin (2000). « Getting a grip on the global economy », dans J. Kim, J. Millen, A. Irwin et J. Gershman (dir.), *Dying for growth: global inequality and the health of the poor*, Monroe, Maine: Common Courage.

35. H. Mahler (1981). « The meaning of "health for all by the year 2000" », *World Health Forum*, 2 (1): 5-22.

36. S. Halstead, J. Walsh et K. Warren (1985). *Good health at low cost*, New York: Rockefeller Foundation.

37. OMS (2009). *Rapport sur la santé dans la région africaine*, Genève: Organisation mondiale de la santé, chapitre 6, p. 124.

habitants les plus pauvres du continent africain puissent participer à la croissance économique. L'augmentation des ressources financières des États est nécessaire afin de permettre à ceux-ci d'allouer des ressources durables à leurs plus grandes priorités sanitaires. L'organisation pyramidale des systèmes de santé africains reste également problématique, ce qui conduit à une utilisation non optimale des ressources limitées. Idéalement, les systèmes de santé doivent être organisés de façon à permettre aux patients de se faire soigner dans des services correspondant à leurs problèmes de santé où les compétences médicales, la disponibilité en médicaments et en équipements seront suffisants pour y répondre. Lorsque les malades s'adressent à un niveau supérieur, il s'ensuit nécessairement un gaspillage de compétences et d'équipement, donc d'argent, et plus grave peut-être encore, un engorgement de ces ressources rares au détriment des patients pour lesquels elles ont été conçues. Mais dans les faits, en raison de plusieurs facteurs socio-anthropologiques, économiques et politiques, peu de malades en Afrique sont aptes à juger de la gravité de leur maladie et de l'endroit le plus adéquat pour s'y faire soigner<sup>38</sup>.

Les récents changements dans la structure de soins induits par l'explosion de la pandémie du VIH/sida, la persistance du paludisme comme un grand tueur et la résurgence de maladies comme la tuberculose qui étaient jusque-là sous contrôle ont des implications sur la gestion des systèmes de santé qui incarne et pose à la fois les questions d'accès, d'équité, de justice et de pérennisation. Le renforcement des capacités de gestion et d'administration est crucial<sup>39</sup>. La gestion financière pose un tel problème que plusieurs organismes limitent leurs investissements par crainte d'une mauvaise distribution des fonds alloués. Néanmoins, certains progrès semblent avoir été faits et l'on observe des signes positifs dans certains pays. L'influence et la participation des citoyens doivent encore être augmentées et les institutions de contre-pouvoir doivent être renforcées dans un contexte où la corruption règne toujours dans plusieurs pays. La Commission du Royaume-Uni pour l'Afrique a reconnu qu'il est crucial de remédier à ces problèmes afin de permettre de meilleurs échanges entre les pays africains. Comme nous l'avons vu précédemment, l'aide internationale constitue une grande partie du budget alloué à la santé. La coordination de cette aide est donc nécessaire à une utilisation efficace de ces ressources. C'est pour cette raison que la

---

38. V. Djukanovic et E.P. Mach (1975). *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of Populations in Developing Countries, a Joint UNICEF/WHO Study*, Genève : WHO.

39. D. Nabarro et A. Cassels (1994). *Strengthening health management capacity in developing countries*, London : Overseas Development Administration.

Commission du Royaume-Uni pour l'Afrique a demandé à ce que les partenaires accordent leur soutien aux programmes stratégiques et aux politiques déjà en place dans les pays bénéficiaires.

Dans un contexte de grave pénurie de personnels de santé que connaissent de nombreux pays du continent, la contribution de la médecine à la lutte contre le sida devra être examinée car elle peut être vue comme un moyen de soulager des travailleurs de la santé surchargés, en confiant à des tradipraticiens reconnus et encadrés la charge d'assurer certaines tâches. Ceux qui sont bien intégrés et estimés par les communautés peuvent être formés et devenir de puissants agents de changement de comportement dans la dynamique visant à contenir le fardeau morbide des épidémies et pandémies affectant le continent. Ceci dit, pour que la médecine traditionnelle puisse se développer aux côtés de la médecine moderne, il faudrait qu'elle bénéficie d'un cadre légal et institutionnel en l'absence desquels les abus seront légions comme dans le cas de certains guérisseurs traditionnels qui affirment pouvoir soigner le sida, avec des conséquences parfois fatales pour les patients prêts à s'accrocher au moindre espoir de guérison. Certains pays comme le Mali se sont engagés dans cette voie en accordant une place de choix à la médecine traditionnelle par la création d'institutions chargées de la gestion et de la réorganisation du système traditionnel de soins. Il serait donc temps que les programmes et politiques de santé incorporent cette médecine qui est toujours utilisée par une très grande majorité de la population. Une telle collaboration pourrait permettre aux programmes d'avoir un plus grand impact, en leur permettant d'être taillés sur mesure et de correspondre aux besoins réels des populations en bénéficiant. En plus de représenter un atout au niveau de la planification des programmes de santé, des études ont démontré le potentiel économique de la médecine traditionnelle. On compterait par exemple un guérisseur pour 200 personnes en Afrique australe, soit un ratio médecin/patient de beaucoup supérieur à celui qui existe dans plusieurs pays industrialisés. La portée des soins serait décuplée ce qui accroît davantage la possibilité d'améliorer les indicateurs de santé.

L'examen de politiques sanitaires mises en œuvre à ce jour en Afrique suggère que les déterminants de la santé sont souvent négligés lors de l'élaboration de ces dernières. On constate en effet qu'elles ne s'attaquent souvent qu'à un seul aspect du problème, plutôt que de s'engager dans une démarche

holistique<sup>40</sup>. Les interventions locales ou internationales ne peuvent se limiter à des augmentations budgétaires, des dons d'équipement ou une augmentation de personnel, etc. En effet, une prise en considération des divers déterminants de la santé est nécessaire afin de permettre l'élaboration d'approches plus spécifiques et cohérentes<sup>41</sup>. De nombreuses études démontrent le caractère multifactoriel des problèmes de santé majeurs en Afrique, mais également partout dans le monde. Les facteurs environnementaux et sociaux sont relativement peu ciblés, alors que nous savons qu'ils sont fortement corrélés à l'état de santé des populations locales<sup>42</sup>. L'OMS fait d'ailleurs remarquer à juste titre que le secteur de la santé ne peut réduire à lui seul les inégalités en matière de santé. Beaucoup de programmes semblent se concentrer davantage sur la guérison que sur la prévention. Le cas du VIH/sida est sûrement l'un des plus évidents : certes, il est important de favoriser l'accès aux antirétroviraux afin de ralentir la progression de la maladie chez les populations infectées. Cependant, nous avons vu précédemment que la prostitution était un important facteur de transmission du virus. Et pourtant, les travailleuses du sexe ne bénéficient toujours pas de programmes leur étant spécifiquement destinés. Il semble que l'on tente surtout de minimiser les conséquences du mal, sans nécessairement endiguer sa progression et encore moins s'attaquer à ses causes et racines profondes. La dimension médicale des problèmes de santé fait l'objet d'une attention particulière de la part des organisations et des gouvernements, alors que l'aspect socioculturel est souvent délaissé. On constate également que les discours se penchent peu sur la capacité d'adaptabilité des programmes qui englobent rarement une dimension participative. L'OMS préconise d'ailleurs une approche fondée sur une éducation et une sensibilisation qui cibleraient très tôt la petite enfance, car l'investissement en faveur du développement des jeunes enfants constitue un des meilleurs moyens pour réduire les inégalités sociales. Les femmes ne doivent pas non plus être négligées car les mesures en faveur de leur éducation ont une rentabilité qui représente plusieurs fois l'effort consenti, d'où l'importance et la justesse de développer des politiques sanitaires axées sur la prévention plutôt que le traitement des maladies.

---

40. A. Tarlov (1996). « Social determinants of health: the sociobiological translation », dans D. Blane, E. Brunner et R. Wilkinson (dir.), *Health and social organization*, London: Routledge, p. 71-93.

41. J.M. McGinnis, P. Williams-Russo et J. Knickman (2002). « The case for more active policy attention to health Promotion », *Health Affairs*, 21 (2): 78-93.

42. OMS (2005). « Action sur les déterminants sociaux de la santé: Tirer des enseignements des expériences antérieures ». Genève, Secrétariat de la Commission des déterminants sociaux de la santé, p. 4.

## CONCLUSION

Les gouvernements sont, en premier lieu, responsables de l'organisation de l'offre de la santé sur leur territoire. Ceci constitue l'un des volets, sinon le pivot, de la politique de santé publique et il leur appartient d'organiser la politique de prévention et de lutte contre les maladies, d'organiser la carte sanitaire de manière à permettre une accessibilité concrète des soins de santé, de pourvoir à la formation du personnel et de fournir l'essentiel de l'infrastructure sanitaire de base sans aucune discrimination<sup>43</sup>. Au cours des dernières années, plusieurs gouvernements africains ont placé la santé au cœur de leur lutte contre la pauvreté, tout particulièrement au travers de la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement, objectifs qui s'inscrivent dans le cadre d'une vision plus large des responsabilités des décideurs, visant à promouvoir le développement et réduire la pauvreté<sup>44</sup>. Les systèmes de santé fragiles et inéquitables, comme ceux de plusieurs pays en développement, représentent un obstacle de taille à l'extension des programmes de lutte contre les maladies, extension nécessaire pour atteindre les cibles prévues dans les Objectifs du millénaire pour le développement<sup>45</sup>. La santé constitue le premier souhait de la population mondiale. Les ambitions de la communauté internationale pour le millénaire le traduisent bien, à travers la prégnance des impératifs de santé publique en faveur des plus pauvres.

Même si les inégalités sociales ont connu une diminution dans les années 1970, la tendance est de nouveau à la hausse. Ces inégalités mettent en évidence la dimension relative de la pauvreté, comprise au sens d'incapacité à satisfaire ses besoins essentiels (nourriture, logement et soins notamment) dans plusieurs pays d'Afrique et minent sérieusement l'accès et l'équité en santé. La santé devient aujourd'hui, en raison de son importance dans l'agenda des gouvernements, une question politique, et non plus seulement une « simple » question à caractère technique et accessoire. Au cours des dernières années, elle a été érigée en bien public global et interpelle la responsabilité des organisations internationales. En dépit du consensus grandissant qui se dégage quant à l'impérieuse nécessité de placer la santé au cœur du développement, il est à noter que les politiques sanitaires dans

---

43. S. Litsios (2002). « The Long and Difficult Road to Alma-Ata: a personal reflection », *International Journal of Health Services*, 32 (4) : 709-732.

44. A. Rothbaum (2006). « Millennium Challenge Corporation, Reducing Poverty through Growth », Center for International Development, Graduate Student Lunch Seminar, Harvard University, 17 février.

45. PNUD (2003). *Rapport sur le développement humain 2003: Objectifs du Millénaire pour le développement: Un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine*, New York: PNUD.

plusieurs pays du Sud se heurtent à un manque de vision globale et de cohérence face aux défis de notre temps. En Afrique, la prépondérance des maladies infectieuses accroît la mortalité et freine la transition épidémiologique. L'épidémie du sida, à n'en point douter, contribue à exacerber cette tendance lourde et accroît davantage la charge pesant sur des systèmes de santé fragiles et parfois embryonnaires<sup>46</sup>. Par ailleurs, les comportements individuels et sociaux, qui conditionnent l'efficacité des actions préventives, constituent une seconde contrainte. Dans plusieurs pays d'Afrique, où la maladie est le plus souvent perçue comme un signe du destin, le choix des recours thérapeutiques et l'articulation entre médecine traditionnelle et moderne influencent grandement le recours aux soins et la définition même du besoin en santé<sup>47</sup>. Ignorer ces réalités, c'est nourrir une utopie sanitaire qui démultiplie les occasions manquées. Finalement, la question des ressources humaines en santé dans le vieux continent demeure une question non résolue. En effet, le déficit en personnel de santé, qu'accuse l'Afrique, justifie son inscription à l'ordre du jour des priorités de plus en plus partagées par l'ensemble des partenaires du développement international. La fuite des « cerveaux » prive les pays du Sud d'une ressource essentielle à l'efficience de leurs systèmes de santé. À l'échelle internationale, cette pénurie représente quelque 4 millions de soignants, dont 1 million pour la seule Afrique subsaharienne. En termes d'accès aux soins, les conséquences d'une inégale répartition des professionnels de santé sont inestimables<sup>48</sup>. L'absence d'une planification à long terme, suffisante et appropriée, qui s'exprime à travers une désarticulation entre l'offre et la demande de soins, l'inadéquation et les coûts de la formation dispensée dans plusieurs établissements, la sous-dotation chronique du secteur sociosanitaire, sont révélateurs de l'ampleur des défis devant être relevés.

Sur le terrain, des maladies ayant disparu depuis des décennies dans les pays développés prolifèrent et remettent en question l'efficacité des initiatives

---

46. S. Armstrong (1993). « Women Hit Hardest by HIV in Divided South Africa », *New Scientist*, 139 (1880) : 10.

47. H. Sawyerr et A. Eburn (1970). *God: Ancestor or Creator? Aspects of Traditional beliefs in Ghana, Nigeria and Sierra Leone*, London.

48. USAID (2003). *The Health Sector Human Resource Crisis in Africa: An Issues Paper*, Washington, D.C.: Bureau for Africa, Office of Sustainable Development; Richard H. Adams (2003). *International migration, remittances, and the brain drain: A study of 24 labor-exporting countries*, World Bank Policy Research Working Paper 3069. Washington, D.C.: World Bank; International Organization of Migration (2004). *The Migration of Healthcare Workers: Creative solutions of Manage Health Workforce Migration*, Seminar on Health and Migration, 9-11 juin, Genève.

entreprises pour améliorer la santé sur le continent africain<sup>49</sup>. La situation sanitaire en Afrique ne peut s'améliorer sans une collaboration internationale accrue au niveau de l'allocation de l'aide. Une bonne façon d'y arriver serait de respecter les objectifs établis, comme par exemple celui qui consiste pour les pays industrialisés à allouer 0,7 % de leur PIB à l'aide internationale et à cesser de repousser leurs engagements. Il devient plus qu'impérieux pour les gouvernements autant que les organismes d'aide au développement d'assurer une meilleure coordination de leurs politiques sanitaires. La tuberculose et le paludisme n'ont pas de frontière, tout comme le virus Ebola et le sida qui sévissent de manière récurrente dans plusieurs pays, tout comme le bacille du choléra ou la méningite. De plus, l'action des partenaires au développement pourrait être plus efficace si elle était menée au niveau sous-régional et non au niveau des États pris isolément. Les indicateurs sanitaires ne peuvent s'améliorer de façon durable que dans la mesure où les pays bénéficient d'une assistance qui leur permette de déterminer, anticiper et surmonter les obstacles rencontrés par leurs systèmes de santé. En outre, le développement des capacités nationales, par la formation dans le domaine de la planification, de l'évaluation des coûts et de la budgétisation, l'harmonisation, la stimulation des échanges entre les pairs, la mise en place d'un réservoir de compétences techniques et la création de partenariats avec des établissements universitaires s'annoncent cruciales et déterminantes<sup>50</sup>.

## BIBLIOGRAPHIE

- Adams, R.H. (2003). *International migration, remittances, and the brain drain: A study of 24 labor-exporting countries*. World Bank Policy Research Working Paper 3069. Washington, D.C.: World Bank.
- Armstrong, S. (1993). « Women Hit Hardest by HIV in Divided South Africa ». *New Scientist*, 139 (1880): 10.
- Bagheri, N., Benwell, G.L. et Holt, A. (2005). « How far are you from help ». PostGrad Symposium. Dunedin, New Zealand: Otago University.
- Barnett, Ross J. (1984). « Equity, Access and Resource Allocation: Planning Hospital Services in New Zealand », *Social Science and Medicine*, 8: 981-989.
- Braveman, P. (1998). *Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low-and middle-income countries*. Genève: WHO.

---

49. M. Cueto (2004). « The origins of primary health care and selective primary health care ». Joint Learning Initiative: JLI Working Papers Series.

50. A. Mills, S. Bennett et S. Russell (2001). *The challenge of health sector reform: what must governments do?*, Basingstoke: Palgrave.

- Campbell, B. et Monga, C. (2008). « Des programmes d'ajustement structurel aux Objectifs du millénaire : bilan des politiques d'aide internationale ». Conférence dans le cadre de l'école d'été 2008 : *L'Afrique pas si noire que ça*.
- Coburn, D. (2000). « Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neoliberalism ». *Social Science and Medicine*, 51 : 135-146.
- Cueto, M. (2004). « The origins of primary health care and selective primary health care ». Joint Learning Initiative: JLI Working Papers Series.
- Dahlberg, A. et Trygger, S. (2009). « Indigenous Medicine and Primary Health Care: The Importance of Lay Knowledge and Use of Medicinal Plants in Rural South Africa ». *Human Ecology*, 37 (1) : 79-94.
- Danaher, K. (1994). *Fifty years is enough: the case against the World Bank and the International Monetary Fund*. Boston : South End.
- Djukanovic, V. et Mach, E.P. (1975). *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of Populations in Developing Countries, a Joint UNICEF/WHO Study*. Genève : WHO.
- Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A. et Wirth, M. (2001). *Challenging inequities in health*. New York : Oxford UP.
- Gershman, J. et Irwin, A. (2000). « Getting a grip on the global economy ». Dans J. Kim, J. Millen, A. Irwin et J. Gershman (dir.), *Dying for growth: global inequality and the health of the poor*. Monroe, Maine : Common Courage.
- Halstead, S., Walsh, J. et Warren, K. (1985). *Good health at low cost*. New York : Rockefeller Foundation.
- International Organization of Migration. (2004). *The Migration of Healthcare Workers: Creative solutions of Manage Health Workforce Migration*. Seminar on Health and Migration, 9-11 juin, Genève.
- Kim, J., Millen, J., Irwin, A. et Gershman, J. (2000). *Dying for growth: global inequality and the health of the poor*. Monroe, Maine : Common Courage.
- Leon, D. et Walt, G. (2001). *Poverty, inequality and health: an international perspective*. New York : Oxford UP.
- Litsios, S. (2002). « The Long and Difficult Road to Alma-Ata: a personal reflection ». *International Journal of Health Services*, 32 (4) : 709-732.
- Magnussen, L., Ehiri, J. et Jolly, P. (2004). « Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy ». *Health Affairs*, 23 (3) : 167-176.
- Mahler, H. (1981). « The meaning of "health for all by the year 2000" ». *World Health Forum*, 2 (1) : 5-22.
- McGinnis, J.M., Williams-Russo, P. et Knickman, J. (2002). « The case for more active policy attention to health Promotion ». *Health Affairs*, 21 (2) : 78-93.
- Mills, A., Bennett, S. et Russell, S. (2001). *The challenge of health sector reform: what must governments do?* Basingstoke : Palgrave.
- Murthy, Vasudeva N.R. et Okunade, Albert A. (2009). « The core determinants of health expenditure in the African context: Some econometric evidence for policy ». *Health Policy*, 91 (1) : 57-62.

- Nabarro, D. et Cassels, A. (1994). *Strengthening health management capacity in developing countries*. London : Overseas Development Administration.
- OCDE (2005). « Perspectives économiques en Afrique ». *L'Observateur de l'OCDE*, n° 249, mai.
- Okunade, A. (2005). « Analysis and Implications of the Determinants of Healthcare Expenditure in African Countries ». *Health Care Management Science*, 8 (4) : 267-276.
- OMS (2005). « Action sur les déterminants sociaux de la santé : Tirer des enseignements des expériences antérieures ». Genève, Secrétariat de la Commission des déterminants sociaux de la santé, p. 4.
- OMS (2006). *Déclaration de politique générale : La déclaration d'Alma-Ata*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2006). *Rapport sur la santé dans la région africaine*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2009). « Glossary of globalization, trade and health terms: Structural Adjustment Programmes (SAPs) ». En ligne : <http://www.who.int/trade/glossary/story084/en/index.html>.
- OMS (2009). *Rapport sur la santé dans la région africaine*. Genève : Organisation mondiale de la santé, chapitre 1, p. 6.
- PNUD (2003). *Rapport sur le développement humain 2003 : Objectifs du Millénaire pour le développement : Un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine*. New York : PNUD.
- Raphael, D. (2003). *Maintaining Population Health in a Period of Welfare State Decline : Political Economy as the Missing Dimension in Health Promotion Theory and Practice*. Health Promotion International.
- Rosenfield, P. (1985). « The contribution of social and political factors to good health ». Dans S. Halstead, J. Walsh et K. Warren (dir.), *Good health at low cost*. New York : Rockefeller Foundation, p. 173-185.
- Rothbaum, A. (2006). « Millennium Challenge Corporation, Reducing Poverty through Growth », Center for International Development, Graduate Student Lunch Seminar, Harvard University, 17 février.
- Sawyer, H. et Eburn, A. (1970). *God: Ancestor or Creator? Aspects of Traditional beliefs in Ghana, Nigeria and Sierra Leone*. London.
- Sen, G., Aditi Iyer, A. et Mukherjee, C. (2009). « A methodology to analyse the intersections of social inequalities in health ». *Journal of Human Development and Capabilities*, 10 (3) : 397-415.
- Tarlov, A. (1996). « Social determinants of health : the sociobiological translation ». Dans D. Blane, E. Brunner et R. Wilkinson (dir.), *Health and social organization*. London : Routledge, p. 71-93.
- USAID (2003). *The Health Sector Human Resource Crisis in Africa : An Issues Paper*. Washington, D.C. : Bureau for Africa, Office of Sustainable Development.
- Verstraelen, F.J. (2002). « Contrasting Aspects of African Decolonisation Processes and Missions In West and Southern Africa : Ghana and Angola as case studies ». *Zambezia : The Journal of Humanities of the University of Zimbabwe*, 9 (1).

- Walsh, J. et Warren, K. (1979). « Selective Primary Health Care; an Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries ». *New England Journal of Medicine*, 301 (18) : 967-974.
- Yangni-Angaté, A. (2000). « Médecine traditionnelle et médecine moderne dans le contexte de la mondialisation ». *Prometra, Médecine Verte*, n° 007, octobre-décembre.