

L'accès aux soins dans les communautés défavorisées de Cape Town



Travail effectué au sein des cliniques de SHAWCO

Rapport IMC 2011|Gaëtan Sossauer, Matthew Strebel et Roland Strasser

Faculté de Médecine Université de Genève



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

FACULTÉ DE MÉDECINE

Table des matières

<i>Géographie et Démographie de Cape Town</i>	4
Capitales de l’Afrique du Sud	4
Nombre d’habitants en Afrique du Sud	4
Répartition des populations et communautés présentes sur le territoire.....	5
Nombre d’habitants dans le Western Cape, à Cape Town et dans les bidonvilles autour de la ville..	6
Nombre de professionnels de la santé par habitant au Cap.....	8
Budget de l’état pour la santé au Cap.....	8
<i>Historique de l’Afrique du Sud et en particulier de Cape Town</i>	9
Rappel historique et formation des bidonvilles du Cap	9
Les habitats informels de Cape Town et leurs habitants	11
<i>Le Système de santé en Afrique du Sud</i>	13
L’organisation du système de santé publique.....	14
Cliniques et hôpitaux primaires	15
Le financement des soins en Afrique du Sud	16
SHAWCO	20
SHAWCO Education.....	20
SHAWCO Health	21
<i>Conclusion</i>	28
<i>Remerciements</i>	29
<i>Annexes</i>	30
Quelques chiffres pour se faire une idée du niveau de vie	30
Les locations de cliniques de SHAWCO	31
<i>Bibliographie</i>	32

Introduction

De quel pays parle-t-on au juste ?

« De la nation arc-en-ciel » comme se plaisent à le répéter les sud-africains eux-mêmes. En effet, ils sont bien conscients du pluriculturalisme de leur patrie et Nelson Mandela ainsi que l'archevêque Desmond Tutu l'ont bien fait comprendre : une nation se construit en travaillant ensemble et non pas en engageant une lutte entre les diverses communautés de sa propre population.

Au sortir du gouvernement de l'Apartheid en 1994 jusqu'à nos jours, la société sud-africaine a dû revoir complètement son organisation. Alors qu'à l'époque de l'Apartheid, suivant sa race, on se voit autorisé à exercer certaines professions, à fréquenter certaines zones géographiques et avoir accès à des services bien définis. Le gouvernement post-Apartheid doit surmonter d'énormes défis, dont celui qui consiste en l'établissement d'un système de santé offrant des *soins de qualité* abordables pour *l'ensemble de la population*.

La situation en 2011 montre que le gouvernement actuel peine à fournir des soins de qualité équivalente à l'ensemble des sud-africains. D'un côté, les établissements de soins publics font face à un exode de leur personnel, laissant la charge de travail croître pour les employés restants. Avec plus de travail pour les soignants, il est évident que la qualité des soins offerts aux patients se délite progressivement. De l'autre côté, les cliniques privées ne reçoivent qu'une faible proportion de la population, celle qui travaille et qui peut se payer une assurance.

Parfois ce n'est pas la *qualité*, mais l'*accès* aux soins qui crée cette inégalité. Qu'en est-il alors des millions de gens qui vivent dans les bidonvilles ?

Dans la ville de Cape Town, le gouvernement ainsi que des organisations non gouvernementales – dont SHAWCO¹ – ont mis en place un réseau de cliniques pour assurer « la première ligne » de soins. SHAWCO s'attache à offrir des cliniques pédiatriques et de médecine générale dans certains des bidonvilles bordant Cape Town. La particularité de cette association est de fonctionner avec des bénévoles et de fournir des soins gratuitement. Dès lors, nous avons rejoint ses rangs pour investiguer les questions suivantes :

- 1) Quel est l'*accès* aux soins pour la communauté des townships de Cape Town ?
- 2) Quelle *qualité* de médecine s'offre aux gens vivants dans ses bidonvilles ?

Pour tenter de répondre à ces interrogations, nous allons d'abord exposer quels sont les services fournis par le système de santé public. Puis, nous expliquerons en quoi SHAWCO complète le travail des services publics dans les bidonvilles et les impressions que nous avons eues de ces cliniques.

Géographie et Démographie de Cape Town



Capitales de l'Afrique du Sud

La République d'Afrique du Sud comporte 3 capitales¹ :

- Prétoria : capitale administrative
- Cape Town : capitale législative
- Bloemfontein : capitale judiciaire

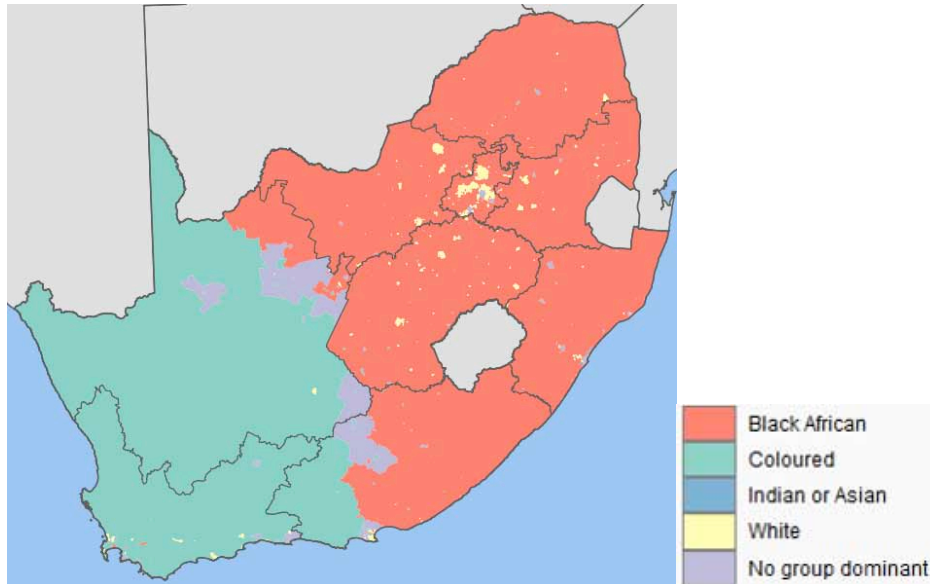
Nombre d'habitants en Afrique du Sud

	Habitants	Densité en hab/km ¹
Afrique du Sud	Env. 50.6 mio ¹	40,2 ²
Municipalité de la ville de Cape Town	3.5 mio ³ (soit environ 7% de la pop sud-africaine)	1'424.6 ³

En 2006, la municipalité du Cap admet une pénurie de 260'000 logements alors que chaque année elle accueille environ 48'000 immigrants venant des autres provinces d'Afrique du Sud, essentiellement du Transkei.

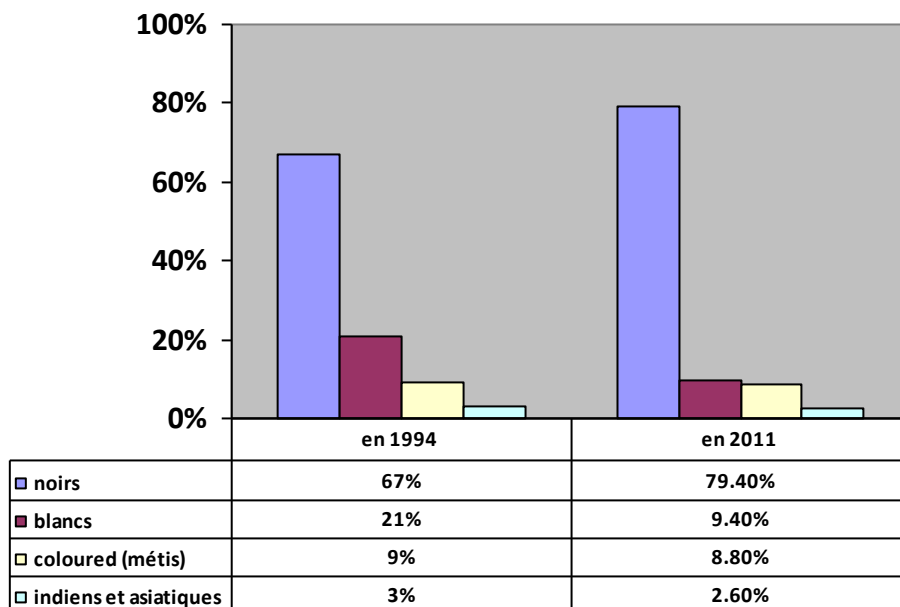
Répartition des populations et communautés présentes sur le territoire

La répartition des différentes communautés en 2011 est l'héritage direct des « homelands » établis durant l'Apartheid. On constate une nette prééminence de la population blanche dans les grandes villes (Cape Town, Johannesburg, etc.).



Carte des répartitions raciales établie en 2001⁴

Suivant le recensement de 2011, la population d'Afrique du Sud se répartit comme suit :



La réduction de la population blanche de 21% à 9.4% en 2011 s'explique d'une part par l'insécurité (par exemple, absolument toutes les maisons sont sous alarmes par peur des cambriolages) et d'autre part par « la discrimination positive », politique adoptée par le gouvernement visant à plus impliquer les noirs dans l'économie du pays. Cette politique vise donc à augmenter le nombre de noirs au niveau universitaire et au niveau des cadres d'entreprise. Bien que le but de cette politique

soit de gommer les différences entre blancs et noirs, il est compréhensible que les étudiants blancs devant faire face à des barèmes de sélection plus élevés⁵ ou les cadres d'entreprises blancs devant parfois céder leur place contre dédommagement, se sentent lésés et quittent leur pays. L'augmentation relative de la population noire suit de près la diminution de la population blanche (12% en moins chez les blancs, 12 % en plus chez les noirs).

Nombre d'habitants dans le Western Cape, à Cape Town et dans les bidonvilles autour de la ville⁶

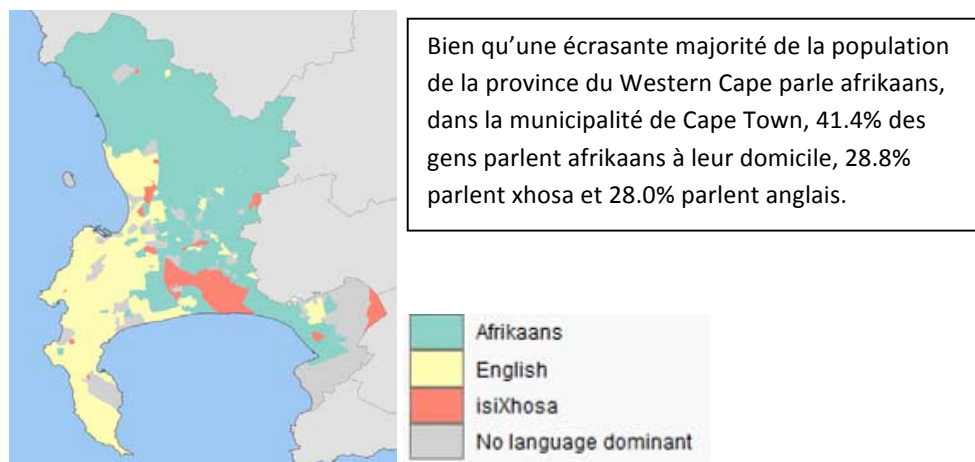
Western Cape (2007) : 5'278'585 hab. (coloured : 50.2%, noirs : 30.1%, blancs : 18.4%, indiens et asiatiques : 1.3%)

Municipalité de Cape Town (2007) : 3'497'097 hab. (coloured : 44%, noirs : 34.9%, blancs : 19.3%, indiens et asiatiques : 1.8%)

Les 3 communautés les plus représentées dans la province du Western Cape, et plus particulièrement dans la ville de Cape Town, sont les anglophones, les afrikans et les xhosas. Ainsi, la grande majorité des noirs vivant dans les bidonvilles de Cape Town fait partie de la communauté xhosa.

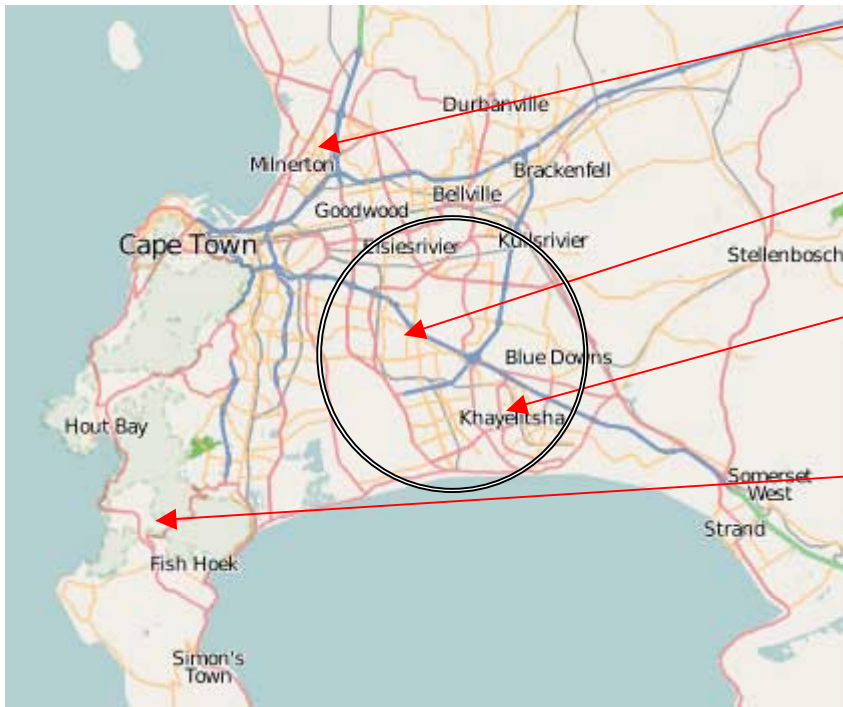
Taux de chômage dans la municipalité de Cape Town : 19.4%

Parmi ces gens, 58.3% des chômeurs sont noirs, ceci à cause de leur manque de qualification.



Carte des langues dans la municipalité de Cape Town en 2010⁷

Carte des bidonvilles de Cape Town⁸



Joe Slovo : 20'000 habitants. Le xhosa y est la langue la plus répandue.

Gugulethu : 55'500 habitants. Le xhosa y est la langue dominante.

Khayelitsha : population estimée à 406'700 hab. dont plus de 90% sont xhosas.

Masiphumelele : plus de 26'000 hab. vivant principalement dans des maisons en briques. Majorité de Xhosas.

Le cercle symbolise la région connue sous le nom de « Cape Flats ».

Nombre de professionnels de la santé par habitant au Cap

	Nombre de médecins pour 10'000 hab.	Effectif du personnel infirmier et des sages-femmes pour 10'000 hab.	Effectif du personnel de dentisterie pour 10'000 hab.	Effectif du personnel de pharmacie pour 10'000 hab.
Afrique du Sud ⁷	7.7	40.8	1.3	2.8
Western Cape ⁹	14.7 ce qui en fait la province la mieux pourvue en médecins de toute l'Afrique du Sud	40.8	N.D.	N.D.
Suisse (à titre de comparaison) ⁷	40.7	159.6	5.5	5.8

En 2005, l'Afrique du Sud produisait¹² 1'511 médecins. Étant donné que le nombre de médecins dans le pays reste trop faible, l'Etat s'est fixé comme objectif de former 2'400 médecins/an dès 2014¹³.

Budget de l'état pour la santé au Cap

	PIB en million de dollars américains (2008)	Dépenses totales pour santé en pourcentage du produit intérieur brut (2008)	Dépense des administrations publiques en pourcentage des dépenses totales de la santé (2008)	Dépenses privées en santé en pourcentage des dépenses totales de la santé (2008)	Dépenses totales en santé par habitant (PPA \$ int.) (2008)
Afrique du Sud ⁷	492'595	8.2%	39.7%	60.3%	843 \$
Suisse ⁷	277'188	10.7%	59.1%	40.9%	4'815 \$

Historique de l'Afrique du Sud et en particulier de Cape Town

Rappel historique et formation des bidonvilles du Cap

Cape Town est sans aucun doute la ville originelle de l'Afrique du Sud. Fondée en 1652 par la compagnie commerciale hollandaise *Dutch East India Company*, le fort du Cap et ses environs servent initialement de relais pour les bateaux qui relient l'Europe à l'Inde en empruntant la route des épices. Soucieuse de pérenniser ce comptoir et aussi afin d'assurer un meilleur ravitaillement des navires, en 1657, la *Compagnie Hollandaise des Indes Orientales* libère certains employés de leurs obligations et les autorise à cultiver la terre du Cap. La fertilité de la terre de cette région doublée d'une période de troubles en Europe attire nombre d'immigrés protestants dans la colonie du Cap à la fin du XVII^es. Dès le début du XVIII^es, les colons – ou boers – manifestent de plus en plus de velléités d'indépendance vis-à-vis de la Compagnie. Ils commencent à s'établir sur des territoires hors de la juridiction de la Compagnie, repoussant ainsi les peuples noirs établis dans la région ; les Khoisans. Dès lors, commence une véritable course aux nouveaux espaces durant laquelle les colons boers entrent plus d'une fois en « collision » avec d'autres peuples en expansion, comme les Xhosas ou les Zoulous. Les frontières de l'Afrique du Sud se dessinent progressivement à mesure que ces divers peuples (Boers, Britanniques, Xhosas, Zoulous et d'autres acteurs) luttent pour le territoire.

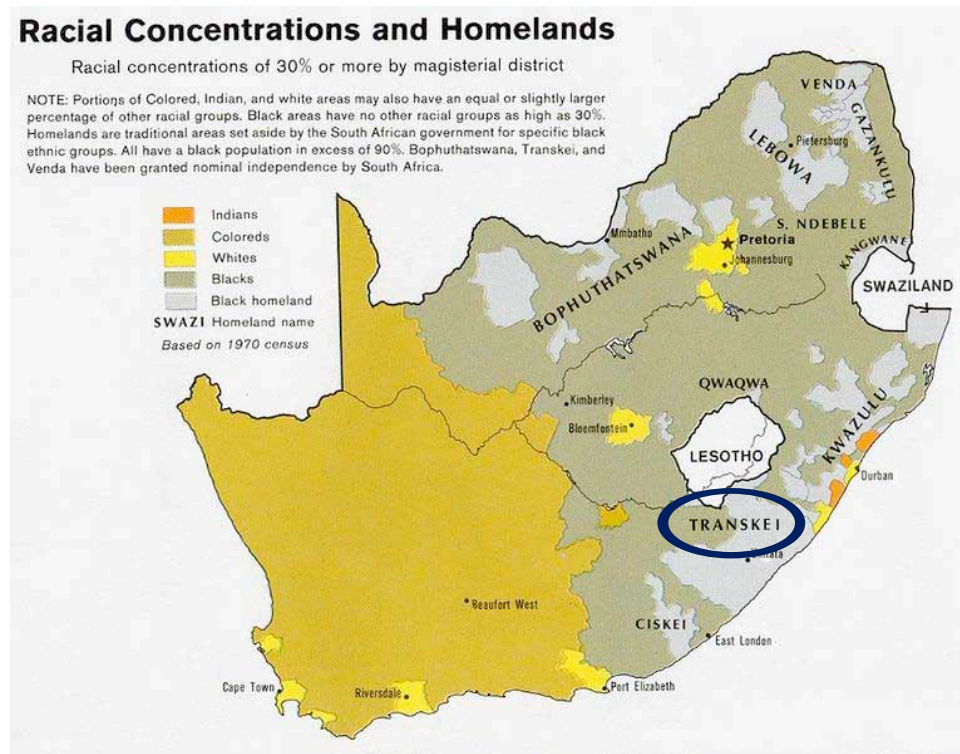
En 1909, sept années après la deuxième guerre anglo-boer, la proclamation du *South Africa Act* établit la Grande Bretagne comme grand vainqueur de ces multiples conflits et proclame l'*Union d'Afrique du Sud* en tant que nouveau dominion britannique. À cet instant, il faut bien garder à l'esprit que ce nouvel état n'a d'une « union » que son titre. En effet, les Afrikaners – anciennement appelés les Boers – portent encore dans leur cœur le souvenir d'une défaite cuisante. Les communautés noires, pour leur part, sont reléguées au deuxième plan en matière politique et économique. Ainsi, dès le *South Africa Act*, il est établi que seuls l'anglais et le hollandais (puis l'afrikans) sont les langues officielles, passant sous silence les neuf langues les plus répandues de la communauté noire sud-africaine. Aussi, les noirs se voient refuser le droit de vote, sauf dans les provinces du Cap et du Natal où le droit de vote est censitaire.

Avec un terrain comprenant de pareilles disparités entre noirs et blancs, il ne manque que quelques pas pour passer de l'organisation sociale coloniale à un régime d'Apartheid. C'est le *National Party* d'Afrique du Sud, essentiellement représenté par des politiciens afrikaners, qui franchit le pas après son arrivée au pouvoir en 1948.

Cependant, le régime d'Apartheid n'est pas « un régime colonial avec des moyens plus modernes ». Tout d'abord, l'idéologie de ségrégation raciale, dite *Apartheid* (en afrikaans, *séparation, mis à part*), naît du mouvement identitaire afrikaner qui a peur que la « nation Afrikaner » ne disparaisse face à l'acculturation britannique et à la puissance démographique noire. L'Apartheid prône donc une politique de **développement séparé** des différentes races. Ainsi, avec l'établissement en 1950 du *Population Registration Act*, l'état distingue 4 races : Blancs, Noirs (ou Bantous), Coloured (Métis) et Indiens. Ceci dit, le gouvernement abandonne vite l'idée de faire figurer les Afrikaners comme race à part entière et a préféré l'appellation plus large : « blancs ».

Désormais, la *race* de l'individu détermine son *rattachement territorial* (puis sa nationalité) et son *statut social*.

L'état d'Apartheid va alors s'efforcer de séparer physiquement ces différentes races, que ce soit au niveau national avec l'élaboration des *homelands* ou dans la vie quotidienne avec le *Reservation of Separate Amenities Act* qui prévoit la ségrégation de tous les aménagements publics (toilettes, transports en communs, etc.).



Carte des *homelands* durant l'Apartheid

À Cape Town, les lois visant à séparer les lieux d'habitations ont un impact d'autant plus important que les quartiers cosmopolites se trouvent au centre ville. C'est le cas par exemple du District 6, énorme quartier situé au centre ville que les autorités municipales de 1966 déclarent « zone de résidence blanche ». En 15 ans, les 60'000 résidents sont expulsés un à un, avec destruction systématique de leur maison. Mais où sont déplacés les milliers de noirs et de métis de District 6 ? Dans des nouveaux townships construits par le gouvernement dans les « Cape Flats », au sud-est de la ville.



Les années 70 annoncent un tournant décisif pour le gouvernement de l'Apartheid. Après la mise en pratique de lois imposant l'Afrikaans dans les établissements scolaires, des milliers d'étudiants noirs, rejetant cette langue qui symbolise l'oppression, vont protester pacifiquement dans l'immense bidonville de Soweto (Johannesburg). Dépassé par la tournure des événements, l'Etat donne l'ordre à la police de rétablir le calme par tous les moyens. La police ouvre le feu et pas moins de 550 étudiants sont tués.

1976, Hector Pieterse, martyr devenu le symbole de la répression aveugle du gouvernement contre les opposants du régime d'apartheid

Un tel massacre ne peut échapper à l'opinion internationale et l'ONU condamne alors durement le régime d'Apartheid (embargo sur les ventes d'armes et pressions économiques sur le pays).

Cette manifestation ne traduit que l'énorme colère qui gronde dans les bidonvilles. Soumis à des pressions internes (émeutes et sabotages de la part des noirs, mais aussi l'opposition grandissante des pasteurs afrikaners) et externes de plus en plus forte, l'Etat va abroger les premières lois d'Apartheid en 1985, mais il faudra attendre 1994 pour que toutes les lois de cette politique soient abolies et pour que les premières élections universelles aient lieu.

Les habitats informels de Cape Town et leurs habitants

Comme il a été dit précédemment, tous les bidonvilles situés dans les Cape Flats (Gugulethu, Khayelitsha, Masiphumalele mais pas Nyanga qui existait déjà avant 1948) ont été fondés durant l'époque de l'Apartheid par le gouvernement qui les utilisaient pour éloigner les noirs et les métis du centre ville. Actuellement, on assiste à une immigration massive dans ces bidonvilles (estimée à 48'000 personnes par années). La plupart des immigrés viennent du Transkei, ancien homeland xhosa. Il y a aussi beaucoup d'immigrés étrangers (surtout zimbabwéens) venus tenter leur chance en Afrique du Sud où la situation économique est plus épanouie que dans leur pays.

Les townships restent aujourd'hui des banlieues défavorisées et surpeuplées. Certaines communautés ont réussi à s'organiser et à améliorer la qualité de vie dans leurs quartiers.

Par exemple, alors que nous travaillions dans le quartier de Newrest (dans le township de Gugulethu), nous avons eu l'opportunité de discuter avec un des responsables de la *New Rest/Kanana Community Development Trust*. Il nous a expliqué comment les membres de sa communauté avaient réussi à fonder une crèche, obtenu des fonds pour construire des maisons en briques et faire venir SHAWCO pour les besoins en matière de santé du quartier. Pendant longtemps les cliniques de cette association ont servi la population de Newrest. Récemment, le conseil du district a considéré que la santé de cette communauté était d'un niveau satisfaisant et que SHAWCO devait déplacer ses cliniques vers une autre région, d'avantage défavorisée. Cette même personne nous expliquait qu'avec les années, les habitants de Newrest s'étaient habitués à voir arriver les camions de SHAWCO tous les lundis soirs et qu'il serait difficile de les voir repartir.

La croissance des townships reste rapide en 2011 et beaucoup de communautés nouvellement établies n'ont pas encore réussi à s'organiser correctement. On y rencontre beaucoup de problèmes sociaux et souvent les règles de la communauté passent avant les lois. Ainsi, si quelqu'un est vu en train de commettre un délit, le fauteur va directement être puni par sa communauté, parfois de manière extrêmement violente. Dans ces cas, la police ferme les yeux. On retrouve alors les fauteurs aux urgences des hôpitaux de Cape Town.

L'alcool et la drogue (le « Tik », dérivé des métamphétamines) constituent deux majeurs problèmes des townships de Cape Town. Si on ajoute à cela le grand nombre de viols, la sécurité devient alors un souci pour les habitants des townships. Souvent, nos patients, essentiellement des femmes, venaient accompagnés aux cliniques pour pouvoir rentrer en sécurité le soir, même s'ils n'habitaient qu'à 10 minutes de marche.

Aspect typique des habitats informels. Certains quartiers sont cependant construits en briques.



Le problème des toilettes

Un des soucis majeur des townships, qui a fait couler beaucoup d'encre dans la presse captownienne pendant notre séjour, est l'accès aux toilettes. Actuellement, il n'y a pas de toilettes dans les maisons et les personnes doivent utiliser des lieux d'aisance publics pour satisfaire leurs besoins. Le débat qui animait la presse locale portait sur la salubrité de ces installations. Plusieurs de nos patients nous ont expliqué qu'il y a en moyenne 5 familles par toilettes et que celles-ci ne sont pas toujours closes. De plus, il est courant de se retrouver coude-à-coude et genou contre genou avec son voisin du besoin. Lors de notre interview avec M. Graaff (Chairman de SHAWCO), celui-ci nous confia que SHAWCO réfléchissait sérieusement à la question et comptait mettre en place un commerce équitable portant sur la commercialisation de toilettes closes et individuelles. Le gouvernement pour sa part entreprit dès le mois de juin 2011 de remplacer près 60'000 toilettes par de nouvelles installations (toilettes individuelles en béton) plus convenables.

Le Système de santé en Afrique du Sud

L'Afrique du Sud d'aujourd'hui gère un système de santé établi durant le régime d'Apartheid. Ce système était fragmenté et inéquitable. Ainsi, avant 1994, on comptait quatre différents départements de santé, un pour chacun des quatre groupes raciaux. Chaque *homeland* avait son propre département de santé. La politique des services de santé de l'époque était centrée sur les soins et non pas sur la prévention. En 1994, le gouvernement du « New South Africa », instauré par Nelson Mandela, a adopté le *Primary Health Care approach* (PHC). La PHC a pour but d'assurer des soins de qualité et de promouvoir le bien-être de tous. L'approche de la PHC comprend les principes d'égalité, une approche pluridisciplinaire du patient, la promotion de la santé et des services de soins basés directement dans la communauté. Désormais, chaque Sud-Africain a droit à des soins de qualité, indépendamment de sa race. La priorité étant donnée aux femmes enceintes, aux mères allaitantes et aux enfants de moins de 6 ans.

Ces droits fondamentaux sont énoncés par le *National Health Act*.

No. 61 of 2003: National Health Act, 2004¹⁰.

Eligibility for free health services in public health establishments

4. (1) The Minister, after consultation with the Minister of Finance, may prescribe conditions subject to which categories of persons are eligible for such free health services at public health establishments as may be prescribed.

(2) In prescribing any condition contemplated in subsection (1), the Minister must have regard to:

- (a) the range of free health services currently available;
- (b) the categories of persons already receiving free health services;
- (c) the impact of any such condition on access to health services; and
- (d) the needs of vulnerable groups such as women, children, older persons and persons with disabilities.

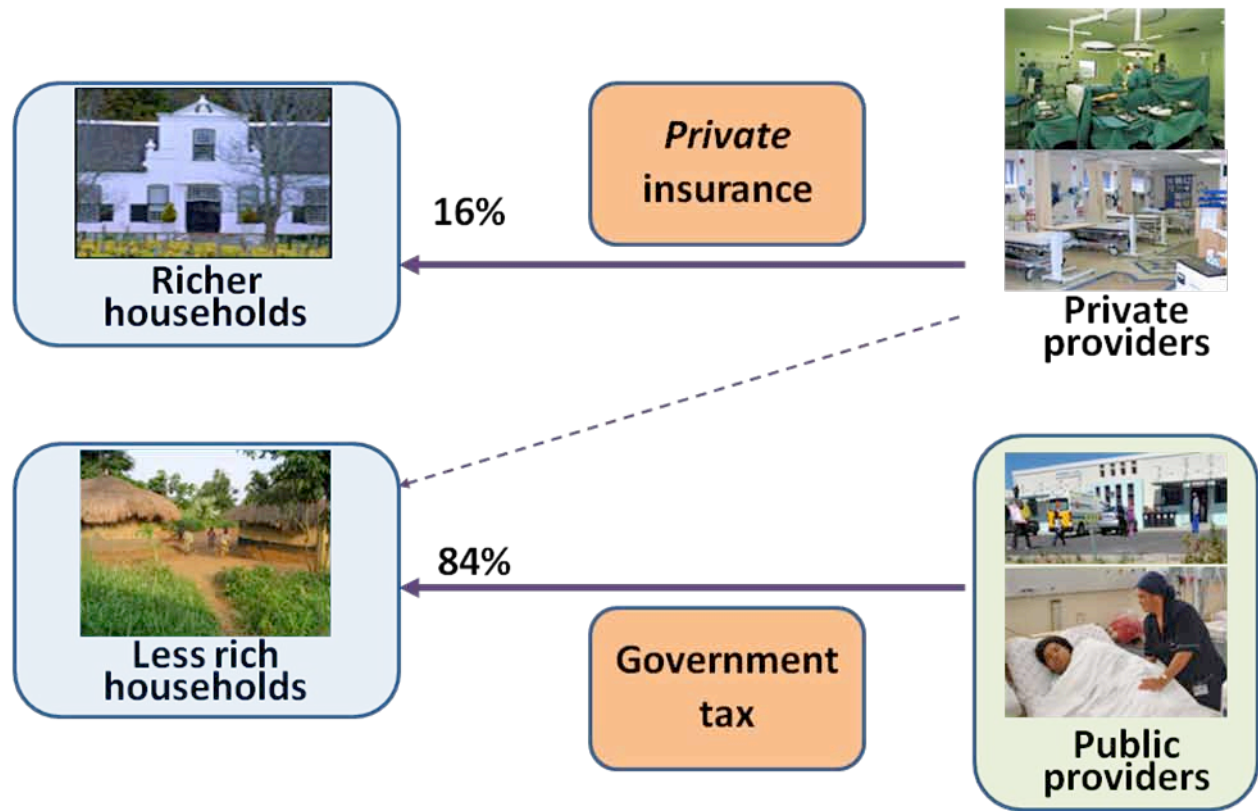
(3) Subject to any condition prescribed by the Minister, the State and clinics and community health centers funded by the state must provide-

- (a) pregnant and lactating women and children below the age of six years, who are not members or beneficiaries of medical aid schemes, with free health services;
- (b) all persons, except members of medical aid schemes and their dependants and persons receiving compensation for compensable occupational diseases, with free primary health care services; and
- (c) women subject to the choice on Termination of Pregnancy Act., 1996 (Act No. 92 of 1996), free termination of pregnancy services

De nos jours, malgré les efforts pour suivre les principes de la PHC, la santé en Afrique du Sud fonctionne encore à deux vitesses. Le secteur privé accueille 16% de la population et consomme 60% des ressources. Le secteur public, quant à lui, s'occupe des 84 % restant de la population : soit les gens qui n'ont pas la couverture d'une assurance privée.

La situation est montrée dans ce schéma¹¹

Les flèches indiquent « fourni des soins pour »



Il y a 3 défis qui se posent au système de santé publique : un manque de ressources humaines (surtout dans les régions rurales) ; un agrandissement constant et rapide des habitats informels dans les régions urbaines qui dépasse la capacité des cliniques existantes ; et des difficultés à attirer et à garder les professionnels de la santé, à cause des mauvaises conditions de travail (durant notre séjour, les soignants exigeaient la mise en place de détecteur de métaux à l'entrée des hôpitaux pour éviter les violences à leur égard).

L'organisation du système de santé publique¹²

Le système de santé publique d'Afrique du Sud est divisé en trois départements :

- Le *National Health Department* (Département de Santé National) qui se charge d'établir les directives sur la santé et leur application dans les communautés. Ce département est directement dirigé par le ministre de la santé Dr. Aaron Motsoaledi.
- Le *National Health Council* (Conseil de Santé National) qui aide à déterminer les directives et guidelines pour les plans de santé national.
- Le *National Consultative Health Forum* (Forum national consultatif de Santé) qui assure la communication entre la population et diverses organisations.

Il y a neuf provinces politiques ayant chacune un conseil exécutif de la santé ; le *Provincial Health Department* (département de santé de la province). La responsabilité de cet organe est d'assurer l'application des directives nationales.

Chaque province est divisée en districts (par exemple, le Western Cape en comprend six), dès lors, on parle de *District Health System*. A la tête de chaque district, le *Health Council* contrôle comment les soins sont administrés. Cependant, les grandes villes court-circuitent ce système en rapportant directement leurs activités directement au *Provincial Health Department*.

Il y a quatre niveaux de soins en Afrique du Sud :

- 1- Cliniques de soins primaires (ou cliniques communautaires)
- 2- Hôpitaux primaires
- 3- Hôpitaux secondaires (ou régionaux)
- 4- Hôpitaux tertiaires (ou universitaires)

Cliniques et hôpitaux primaires

Les cliniques dans les communautés sont ouvertes durant la journée et dispensent des soins primaires aux enfants, aux mères, aux adultes et aux personnes âgées. Les cliniques de SHAWCO font partie de ce réseau, à la différence près qu'elles dispensent des soins le soir pour ceux qui ont un accès difficile aux « cliniques de jour ». Si un problème de santé dépasse les capacités de la clinique communautaire, le patient est alors référé à un hôpital primaire. Celui-ci dispose d'outils diagnostiques plus élaborés, comme la radiographie traditionnelle et divers tests de laboratoire. En outre, il met à disposition un service de soins ouvert 24h/24h et possède une (ou plusieurs) salle(s) d'opération. En travaillant dans les cliniques de SHAWCO nous avons souvent envoyé nos patients vers ce genre d'hôpital primaire (par exemple, le False Bay Hospital).

Hôpitaux régionaux

Sont considérés comme « hôpitaux régionaux », les hôpitaux qui disposent des services suivants : chirurgie, médecine interne, orthopédie, pédiatrie, obstétrique & gynécologie, psychiatrie, radiologie et anesthésiologie. Les hôpitaux régionaux sont souvent les hôpitaux les plus surchargés. En effet, les hôpitaux primaires ne sont souvent pas capables de dispenser les soins de base et réfèrent donc leurs patients aux hôpitaux régionaux qui ne sont pas censés s'occuper de ces prestations. Parfois, dans les cliniques de SHAWCO, nous avons nous-mêmes participé à ce processus d'engorgement, en référant directement certains de nos patients aux hôpitaux régionaux, comme à l'hôpital de GF Jooste.

Hôpitaux tertiaires

La majorité des hôpitaux tertiaires fournissent une gamme de soins restreints. Ils sont alors spécialisés dans un domaine, comme la psychiatrie (par exemple l'hôpital psychiatrique de Valkenburg à Cape Town).

Les grands hôpitaux universitaires, comme Groote Schuur à Cape Town, offrent une gamme de soins beaucoup plus large en réunissant généralistes et spécialistes. Ils consacrent aussi des locaux à la recherche et à l'apprentissage.

Les hôpitaux tertiaires offrent des soins de qualité. Ainsi, pour voir rapidement un spécialiste, il faut soit être assuré soit, dans le cas contraire, être « un cas médicalement intrigant ».

Le financement des soins en Afrique du Sud

Il y a quatre piliers principaux pour financer la santé en Afrique du sud :

1. Les taxes, ils financent les services de soins du gouvernement.
2. Les assurances pour les employés du secteur privé et public sont obligatoires et sont directement prélevées sur les salaires.
3. Les assurances pour les communautés et les ménages défavorisés. Les membres d'une communauté cotisent ensemble auprès de ces assurances qui couvrent leurs soins. (Financement le moins utilisé)
4. Les assurances privées. (Source de financement principale)

Des soins publics et privés¹⁶

Dans le système public, les soins primaires sont presque entièrement financés par les impôts. Cependant, dès qu'un patient reçoit des soins dans un hôpital secondaire ou tertiaire une taxe lui est demandée en fonction de ses moyens. (Tous les soins sont gratuits pour les femmes enceintes et les enfants en dessous de 6 ans).

Les locaux et le personnel médical sont partagés entre le système public et le système privé. C'est-à-dire qu'un patient avec une assurance privée peut se retrouver hospitalisé dans un hôpital public à condition d'être dans un lit ou une chambre privé(e). De même, les médecins privés peuvent aussi être employés par l'Etat. Par exemple, un MPR (Médecin de Premier Recours) qui bénéficie d'un contrat avec l'Etat va fournir des soins publics dans son cabinet privé. Dans les régions rurales, les MPR privés peuvent même être appelés à fournir un service de médecine légale, comme les constats de décès ou l'examen de victimes de viol afin de donner un avis scientifique pour les poursuites judiciaires.

Il existe quand même des cliniques entièrement privées où les soins et les locaux sont financés par les assurances privées. Environ 16% de la population bénéficie d'une assurance privée.

Actuellement, le secteur privé évolue plus rapidement que le secteur public. Ce dernier manque de financement pour croître proportionnellement à la demande croissante.

Des inégalités de financement entre les zones urbaines et rurales

Chaque province décide quel budget elle attribuera à la santé. Le Western Cape - là où nous avons travaillé – est la province d’Afrique du Sud qui a le plus haut pourcentage de dépenses par habitant pour les soins. Les provinces plus rurales ont souvent un budget plus restreint et reçoivent donc un service de soins de moins bonne qualité. Elles sont alors considérées comme régions à haut-risques. Mais certaines mesures ont été prises, suite à la politique d’équité, afin que les provinces les plus pauvres reçoivent une plus grande quantité de fonds de la part du gouvernement national.

L’inégalité des ressources humaines ¹³

Les différences de budget dans les régions rurales entraînent un manque de personnel dans les régions les plus pauvres. En effet, les médecins et infirmiers veulent travailler dans de bonnes conditions et avec un bon salaire. Ils délaissent donc les campagnes pour travailler en ville. De plus, ceux qui restent malgré tout ne sont pas répartis équitablement entre le secteur privé et le secteur public. Les professionnels de la santé dans le système public ont moins de matériel pour prodiguer des soins. Ils sont moins bien rémunérés et reçoivent beaucoup trop de patients. La qualité des soins s’en ressent, ce qui aggrave la situation de ces régions. Le secteur privé en province urbaine est donc beaucoup plus attractif pour eux. Tout comme l’attire d’autres pays, plus riches, qui leur offre plus de moyens. Pour augmenter les effectifs dans les hôpitaux publics, deux ans d’internat et une année de service communautaire (la majorité des médecins sont alors envoyés dans les communautés rurales) sont obligatoires pour les nouveaux diplômés afin d’obtenir l’autorisation de pratiquer. Les possibilités de faire une partie des études à l’étranger sont restreintes. Les étudiants avec qui nous avons travaillé nous ont fait part de leur frustration de ne pas pouvoir voyager durant leurs études.

Indicateurs de la disponibilité de personnel de la santé¹⁶

Indicateur per 100000 population	Provinces ‘pauvres’	Provinces ‘riches’
Médecins	5.5	35.6
Infirmiers	188.1	375.3
Pharmaciens	0.5	5.4
Dépense par habitants sur la santé	R 122	R 437

Ces disparités n’ont pas beaucoup changé depuis 1994.

Différences entre secteur public et privé de la santé en Afrique du Sud :

Dans le secteur de la santé, il y a deux grandes disparités entre le système privé et le système public : différence de qualité et différence de prix.

La qualité dans le secteur public n’est pas toujours optimale. Il manque souvent d’équipement et de matériel, ou les machines sont désuètes. La demande pour les cliniques de SHAWCO et la présence d’autres ONGs dans les habitats informels témoignent de l’incapacité des services publics à répondre aux besoins de tous. La qualité des soins dans le secteur privé est d’un bon niveau, semblable à celui rencontré en Suisse. Le secteur privé fournit des soins de meilleure qualité, mais qui coûtent bien

évidemment plus chers. Par conséquent, les citoyens qui bénéficient d'une couverture privée, et donc d'un accès aux cliniques privées, dépensent 8 fois plus d'argent que ceux qui n'ont pas de couverture. Le prix des assurances privées et des soins privés est actuellement en hausse, ce qui rend le secteur privé d'autant plus inabordable pour la majorité de la population. C'est une situation d'inégalité : la population démunie reçoit des soins sous-optimaux à cause du manque de fonds, alors que dans le secteur privé les soins ne devraient peut-être pas coûter autant. Ainsi se boucle un cercle vicieux dans lequel les pauvres ont plus de chance de rester malade. Leur maladie induit une incapacité de retourner travailler et donc diminue les chances d'échapper à la pauvreté.

Réforme dans le système:

Le but des politiciens d'aujourd'hui est de réduire ces inégalités. Ils aimeraient améliorer la Couverture Universelle en introduisant une assurance obligatoire pour tous : la *National Health Insurance* (assurance publique et national). Dans le futur système, chaque citoyen devra contribuer au budget de la santé selon sa capacité à payer et recevra des soins selon ses besoins. Les assurances privées persisteront, mais ne serviront plus que de couverture complémentaire.

La *National Health Insurance* serait principalement financée par les impôts, notamment un impôt prélevé directement sur le salaire. L'argent des impôts sera reversé dans un pot commun et servira à payer l'intégralité des services de soins publics. Les patients n'auront donc pas à payer leurs consultations et/ou opération dans les cliniques primaires et les hôpitaux.

La médecine traditionnelle en Afrique du Sud : ¹³

Une partie du système de santé sud-africain qui n'a pas été mentionnée auparavant concerne la médecine traditionnelle des guérisseurs. Il s'agit du système de soins le plus répandu, surtout auprès des populations rurales. Environ 200'000 guérisseurs travaillent dans l'ensemble du pays (comparé à 25'000 médecins conventionnels) et on estime que 80% de la population noire voit les guérisseurs traditionnels. Bien que nous n'ayons pas eu de contacts directs avec des guérisseurs, la quasi-totalité de nos patients nous disent avoir déjà consulté un guérisseur avant de venir nous voir.

Il y a plusieurs types de guérisseurs traditionnels.

Les Inyangas sont des herboristes puisant dans un immense répertoire de décoctions végétales et animales.

Les Isangomas communiquent avec les ancêtres pour déterminer la source d'une maladie. Les Umthandazi sont des chrétiens qui guérissent avec des prières, de l'eau bénite, et le toucher. N'omettons pas de citer pour finir les sages femmes traditionnelles.

La consultation des guérisseurs peut être efficace pour certaines affections et les guérisseurs excellent aux traitements prenant en compte l'entourage des patients et leurs besoins personnels. Cependant, la thérapie peut nuire à la santé de la personne. Les patients ont tendance à utiliser la médecine traditionnelle en premier recours se tournent ensuite vers la médecine conventionnelle si les traitements traditionnels restent inefficaces. Ceci crée des situations où le patient, voulant optimiser ses chances de guérison, va suivre en parallèle les traitements traditionnels et conventionnels, créant ainsi des « pots-pourris médicamenteux » potentiellement dangereux pour

lui. Les consultations traditionnelles sont souvent coûteuses et peuvent retarder la mise en place d'un traitement qui serait efficace.

Dans la législation, le travail des guérisseurs traditionnels est reconnu dans le Traditional Health Practitioner's Act en 2004. Il existe plusieurs associations de guérisseurs qui luttent pour la reconnaissance de leur profession. Malheureusement, peu est fait par l'Etat pour les incorporer dans un système de santé global et leur pratique reste non-contrôlée et marginale.



— UNIVERSITY OF CAPE TOWN — SHAWCO

SHAWCO – *Students' Health And Welfare Centres Organisation* – est une ONG dirigée par des étudiants de toutes les facultés de l'Université de Cape Town (UCT).

Elle est fondée en juillet 1943 suite à l'initiative d'un étudiant (Andrew KINNEAR) de la faculté de médecine. Ce dernier, alors qu'il travaille comme chauffeur d'ambulance pour payer ses études, est choqué par l'absence d'hygiène et de services de soins dans les bidonvilles. Il rêve alors de créer une clinique à l'intérieur de Khayelitsha. Pour cela, il demande au Dr Golda SELZER, du département de pathologie du *Groot Schuur Hospital*, de l'assister dans son projet.

À ses débuts, il ne s'agit que d'une clinique tenue le soir par quelques étudiants. Depuis, l'association n'a cessé de grandir et de se diversifier. De nos jours, SHAWCO ne se contente plus uniquement du secteur de la santé, *SHAWCO HEALTH*, mais possède également une branche traitant de l'éducation, *SHAWCO Education*. L'initiative des ces deux fondateurs est devenue la plus grande organisation estudiantine du continent africain, avec plus de 2'000 étudiants volontaires. Le but actuel de cette organisation est « de promouvoir la qualité de vie des individus dans les communautés en développement au sein de la région métropolitaine du Cap ».¹⁴

SHAWCO Education

Il s'agit d'une quinzaine de projets appliqués dans les bidonvilles de Khayelitsha, Manenberg, Nyanga et Kensington. Il s'agit de cours d'approfondissement dispensés aux meilleurs élèves des bidonvilles pour leur offrir une chance de continuer leurs études au niveau universitaire, ainsi que de leurs donner le goût de l'apprentissage. Ces cours s'adressent aux étudiants de niveau pré-universitaire (du primaire à la fin du collège). De plus avec la coopération de Bombardier Inc. (entreprise canadienne) les quatre meilleurs étudiants en *Matric Year* (équivalent à notre année de Maturité Gymnasiale) reçoivent une bourse pour poursuivre leurs études dans l'université de Cape Town (UCT).

SHAWCO Education dispense aussi des séminaires de formation continue aux enseignants des bidonvilles. De plus, des cours d'art et de sport sont organisés afin d'occuper et de développer la créativité des jeunes.

Pour aider les gens à fonder leurs propres entreprises, des cours d'économie et de gestion d'entreprise sont proposés.

Pour finir, l'organisation offre aux habitants des cours de droit traitant les sujets suivants :

- 1) Introduction aux lois d'Afrique du Sud et aux droits de l'homme.
- 2) Droit civique et politique
- 3) Lois sur le travail et l'emploi
- 4) Lois sur la famille et questions relatives à la violence domestique

Tous ces cours sont donnés par des étudiants bénévoles de l'UCT ayant à cœur de promouvoir l'éducation.

SHAWCO Health

Depuis 1943, SHAWCO HEALTH fournit des prestations de médecine de premier recours aux communautés défavorisées.

Ainsi, dans les cliniques, on traite majoritairement les diarrhées, les infections des voies respiratoires, maladie sexuellement transmissibles (MST) et les maux musculo-squelettiques.

Il s'agit de cliniques gratuites qui reposent sur le volontariat :

- des étudiants en médecine (de leur première à leur dernière année)
- des étudiants d'autres sciences de la santé (physiothérapeutes, kinésithérapeutes, diététiciens, etc.)
- des médecins diplômés

Il y a deux types de cliniques :

· Les consultations pédiatriques, qui ont lieu un samedi sur deux, en alternant entre *Imizamo Yethu* (bidonville de *Hout bay*) et « *Du Noon* ».

· Les cliniques du soir : il s'agit de 6 cliniques ayant lieu de 18h⁰⁰ à 24h⁰⁰ les lundi, mardi et mercredi, avec à chaque fois deux cliniques en parallèle.

Lundi	Mardi	Mercredi
<i>Newrest</i> (dans Gugulethu)	<i>Masiphumelele</i> (dans Noordhoek)	<i>Joe Slovo</i> (dans Milnerton)
<i>Simthadile</i> (dans Khayelitsha)	<i>Brown's Farm</i> (dans Nyanga)	<i>Zibonele</i> (dans Khayelitsha)

Les cliniques du soir sont le seul accès aux soins pour les personnes travaillant la journée ou n'ayant pas la possibilité d'aller dans la « clinique de jour ».

Les lieux sont : soit des cliniques fixes (maison en briques), soit des cliniques mobiles (camions) équipées de matériel de base (lit, otoscope, rétinoscope, évier et toilettes). SHAWCO possède trois cliniques mobiles qui peuvent être utilisées partout et rapidement.

Description imagée d'une clinique mobile



Vue de l'extérieur du camion

L'échelle et la porte centrale constituent la seule entrée dans la clinique, ce qui peut poser problème aux personnes âgées ou en surpoids.



Intérieur d'une clinique mobile

Comme on le voit, les cliniques mobiles sont bien équipées et l'espace est limité.

Description d'une journée-type en clinique:

Dans chaque clinique : un médecin supervise les étudiants ; un pharmacien vérifie toutes les prescriptions et donne les médicaments ; les étudiants font les consultations et gèrent les dossiers. Il y a en moyenne 25 patients par clinique. Ceux-ci sont d'abord examinés par les étudiants.

Lorsqu'il s'agit d'un étudiant en année clinique, ce dernier fait tout l'examen, pose le diagnostic et présente le cas au médecin en proposant une posologie. Le docteur vérifie le diagnostic, aide pour la pharmacologie si besoin et donne des conseils à l'étudiant.

S'il s'agit d'un étudiant préclinique, il collabore avec un étudiant clinique et observe et/ou fait la consultation sous la supervision de l'étudiant clinique. Là encore, le docteur vient vérifier le travail accompli au terme de chaque entretien. Les médicaments de bases (tels que l'Amoxiciline, le Paracétamol, l'Ibuprofène, etc.) sont fournis gratuitement. Si par malheur, le cas du patient ne peut pas être pris en charge par la clinique, il sera transféré dans un centre ayant les capacités de le traiter, tel que les Hôpitaux Universitaires.



Illustration de deux étudiants travaillant ensemble

Réponse extraordinaire de SHAWCO en mai 2008, lors d'attaques xénophobes :

Le 12 mai 2008 une série d'émeutes éclatent dans le bidonville « d'Alexandra » (partie nord-est de Johannesburg). Il s'agit de sud-africains qui attaquent les immigrants du Mozambique, Malawi et Zimbabwe car ils volent, soi-disant, leurs emplois. En une semaine, les conflits atteignent Cape Town. Suite à ces violences, des camps de réfugiés sont mis en place pour les personnes fuyant ces attaques xénophobes. En deux jours, les cliniques mobiles de SHAWCO sont mobilisées dans ces camps. Celles-ci (parce qu'elles sont entièrement équipées et comprennent une pharmacie) sont particulièrement appréciées du personnel de Médecins Sans Frontières (MSF), l'autre organisme à réagir rapidement à la situation. Il s'agit là de la première collaboration entre SHAWCO et MSF. Suite à cette première expérience, les deux organisations continuent à travailler ensemble en fournissant chacune des ressources ; MSF fournit des médecins pour superviser parfois les cliniques et SHAWCO fournit des locaux à MSF pour leurs interventions.

Financement :

Toutes les activités assurées par l'association engendrent des coûts non-négligeables (par exemple, l'entretien des camions coûte cher). Pour cela l'association des étudiants utilise plusieurs moyens de financement.

D'abord « RAG » (*Remember And Give*), une association partenaire dont le seul but est de financer SHAWCO organise tous les ans un fameux cortège et de multiples événements dont l'entièreté des

fonds est reversée à SHAWCO. RAG fournit ainsi environ 1'000'000 R par an (environ 107'000 CHF). En plus de cela, RAG récupère de vieux habits pour les redistribuer aux résidents des bidonvilles¹⁵.

SHAWCO reçoit également des subventions de sponsors privés et de l'Etat. Concernant les sponsors privés, il est à noter la participation de *Grand West Corporate social investment*, le grand casino de Cape Town. Sa participation a permis d'acheter les cliniques mobiles.¹⁸

Citons aussi la participation de *Bombardier*, la 1^{ère} compagnie internationale de transport sur rail (elle a notamment construit tous les nouveaux trams de la ville de Genève, ainsi que certains trains des CFF).

SHAWCO a encore d'autres méthodes pour gagner de l'argent, comme créer des entreprises à l'intérieur des bidonvilles, ce qui permet d'améliorer l'économie locale tout en générant un revenu pour SHAWCO (un pourcentage des recettes étant reversé à l'organisation).

Pour finir, il y a une grande collaboration entre SHAWCO et les universités scandinaves. Des projets d'échanges d'étudiants sont mis en place régulièrement et les universités scandinaves paient pour cela.

Opinions sur SHAWCO :

Durant notre stage clinique, nous avons interrogé plusieurs patients, étudiants et médecins sur l'opinion qu'ils avaient concernant les cliniques de SHAWCO.

Les patients disent de façon unanime qu'elles permettent d'avoir un accès facilité aux soins et évitent les longues files d'attente qui ont lieu dans les cliniques de jours.

Les médecins qui viennent superviser adorent le concept, car en plus d'aider les personnes défavorisées, cela leur permet d'apporter une expérience pratique aux étudiants. Par-dessus tout, les médecins aiment venir car eux aussi apprennent pendant ces cliniques.

Nous avons aussi parlé à d'anciens patients. Ceux-ci se rappellent avec émotion des étudiants qui les ont soignés.

Nous avons également eu l'opportunité de questionner le responsable de MSF pour l'Afrique du sud, qui était venu un soir comme médecin surveillant. Il a décrit ce système d'aide pour la santé, comme « un système gagnant-gagnant ». Il était aussi très impressionné de l'enthousiasme des étudiants volontaires.



Dernière mises au point avant le début d'une clinique.

Au centre, l'étudiant responsable (en gris) donne quelques instructions. A ses côtés, le médecin superviseur (en blanc) et le pharmacien (en noir) l'écoutent attentivement.

Éléments de réponse à la problématique de l'accès aux soins

Quel est l'accès aux soins pour la communauté des townships de Cape Town ?

Quelle *qualité* de médecine s'offre aux gens vivants dans ses bidonvilles ?

1) Quels sont les services fournis par le système de santé publique ?

Comme cela a été mentionné précédemment dans la section *système de santé*, on trouve dans chaque bidonville des cliniques publiques dites « primaires ». Ceci dit, les townships établis depuis plusieurs années bénéficient de ce service d'Etat. Malheureusement le flux de personnes arrivant dans la région crée de nouveaux habitats informels n'ayant pas ces prestations.

Concernant la disponibilité en soins hospitaliers, la ville de Cape Town comprend deux hôpitaux universitaires et de nombreux autres hôpitaux publics. Cependant pour se rendre dans ces établissements, il faut remplir deux conditions :

a. Avoir les moyens de se déplacer (voiture/bus/taxi collectif).

Tout d'abord, durant les six semaines de notre stage, nous avons vu quelques rares voitures dans les bidonvilles. Effectivement, il est plus commun de voir les noirs s'accumuler dans les voitures de fonction ou bien utiliser les transports en commun. Ainsi les « taxi-bus » rencontrent un grand succès auprès de la communauté noire.

b. Avoir le temps d'y aller (congé maladie et tension entre patrons/médecins)

Avec un taux de chômage proche de 20% frappant surtout la population des townships, il est extrêmement risqué de manquer une journée de travail. Alors il faut beaucoup de courage pour se lever à 5 heures du matin, attendre l'ouverture des cliniques publiques vers 8h00 et patienter dans la file parfois toute la journée dans l'espoir de voir un médecin qui, en plus de traiter, délivrera un certificat médical expliquant à l'employeur cette absence au travail.

On comprend alors aisément le succès de SHAWCO qui propose des cliniques le soir, après le travail. Ainsi l'entrée sur inscription évite une attente inutile et garantit de voir un médecin.

2) Quelle qualité de soins offrent les services publics ?

Tout d'abord, il faut savoir que les étudiants en médecine de l'UCT sont très fiers d'affirmer que leurs hôpitaux publics sont les meilleurs d'Afrique du Sud. Néanmoins, quelques patients nous font part d'une vision plus nuancée. Par exemple, après un accident de voiture, une patiente se présente à nous avec une jambe gauche douloureuse, fortement tuméfiée et ayant perdu toute sa mobilité. Que penser de cette situation, sachant qu'elle est passée dans un hôpital public avant de nous rencontrer. Malheureusement, cela n'est pas un cas isolé. La qualité des services publics est bien inférieure aux services privés, conséquence de la surcharge en patients et du manque de personnel et matériel.

3) Est-ce que les soins publics sont financièrement abordables par les résidents des townships ?

Comme énoncé précédemment, les personnes sans emploi ont accès aux services publics pour toutes les prestations, du moment qu'elles remplissent les conditions suivantes :

Etre une femme enceinte ou en train d'allaiter, avoir moins de 6 ans, ne pas bénéficier des prestations d'une assurance de santé ou de n'importe quelle autre forme d'une aide financière. L'avortement est gratuit.

Ainsi, même pour les personnes sans emploi vivant dans des conditions précaires, l'argent n'est aucunement un obstacle à l'accès à des soins en Afrique du Sud.

- 4) En quoi SHAWCO-Health complète le travail des services publics dans les bidonvilles et quelle est la qualité des soins.

SHAWCO-Health, de par ses cliniques mobiles et fixes, améliore l'accès aux soins là où il est le plus faible. De plus, comme on l'a vu en 2008, les camions de SHAWCO sont arrivés dans les camps de réfugiés bien avant que l'Etat sud-africain ait eu le temps de réagir.

Les cliniques de SHAWCO offrent aussi un cadre plus propice à la discussion. En effet, les étudiants ainsi que les patients ont beaucoup de temps à disposition (de 15 à 60 minutes). Dans ce cadre plus agréable, les consultations sont alors plus intimes que dans le système public.

De plus en tant qu'étudiants volontaires bénévoles, nous étions très motivés lors des consultations. Nous avons pris le temps de faire à chaque fois un examen complet, et non pas d'examiner juste le motif de la plainte. Du fait que nous sommes des étudiants, nous prenions beaucoup de temps pour faire les examens et nous les répétions à plusieurs reprises pour être sûr du diagnostic. Ceci explique aussi le temps prolongé des consultations.

Les grands points négatifs des cliniques de SHAWCO sont l'absence d'intimité et le manque de rigueur en hygiène. Dans les cliniques mobiles, les boxes de consultation sont séparés par des rideaux. Il est donc difficile de ne pas entendre les discussions dans les boxes voisins. Imaginez comme il est encore plus délicat de faire une consultation gynécologique avec des rideaux qui ferment mal. Cependant, ce problème n'avait pas lieu d'être dans les cliniques fixes de SHAWCO. Par contre, un problème récurrent se présente dans les deux endroits : celui des étudiants recherchant le médecin, allant de porte en porte (interrompant les consultations en cours) jusqu'à ce qu'ils l'aient trouvé. Dans toutes les cliniques, il y avait des gants à disposition, par contre l'utilisation de ces gants dépendait fortement de la conscience professionnelle de chacun. Finalement, on peut déplorer l'absence de désinfectant pour les mains, ce qui est étonnant étant donné le large usage que fait le corps médical sud africain de ces produits.

Les étudiants sont sensibilisés à la problématique de la tuberculose. SHAWCO les incite à ouvrir systématiquement les fenêtres et des masques sont disponibles dans toutes les cliniques. Cependant, parce que c'était l'hiver, les étudiants avaient tendance à fermer les fenêtres et presque personne ne portait de masque.

Une des grandes qualités des prestations offertes aux patients est la présence d'une pharmacie dans chaque clinique, ce qui permet de donner directement les traitements. Cette méthode a aussi l'avantage de vérifier que le patient a compris comment et pourquoi prendre ses médicaments.



La pharmacienne à son poste, prête à distribuer les médicaments

Conclusion

Finalement, il ressort que même s'il y a un système de santé à deux vitesses (santé publique et santé privée), absolument toute la population de Cape Town a accès à un médecin et peut recevoir un traitement sans même être couvert par une assurance santé. Bien entendu, le système public pourrait être bien plus performant, mais il manque de moyens financiers et humains. D'ailleurs, le nouveau projet de loi concernant la mise en place d'une assurance de base obligatoire ; la *National Health insurance*, cherche par tous les moyens à résoudre ce problème de manque de fonds.

En plus de notre recherche sur la *problématique de l'accès et de la qualité des soins*, nous avons appris beaucoup au sein de SHAWCO. Nous avons dû mener nos propres consultations, faire face à des situations réelles et parfois critiques. Nous avons beaucoup appris sur le plan bio-médical et sur le plan émotionnel. Il faut souligner que l'ambiance et la manière dont s'organisent les cliniques de SHAWCO est particulièrement propice à l'apprentissage.

Nous sommes extrêmement contents d'avoir eu l'opportunité de partir en Afrique du Sud, où nous avons pu découvrir comment la médecine se présente ailleurs dans le monde. Nous avons été surpris des similitudes qu'il y a entre les étudiants en médecine de l'UCT et nous. Nous avons été favorablement impressionnés par la qualité des médecins à Cape Town.

Remerciements

Lana Sassman et Rudo Pswarayi pour nous avoir accueillis et nous avoir aidé à organiser notre stage.

Juaneta Luiz et Quentin Isaacs pour avoir organisé bon nombre de nos cliniques et pour avoir répondu à nos questions.

Tinashe Chandauka, Michelle Mc Nair et Bianca Strachan pour nous avoir introduit dans la société des étudiants de UCT.

Johan Graaff, SHOWCO chairperson, pour s'être prêté à notre interview.

Anna Strebel, pour nous avoir logé et pour ses nombreux conseils pendant notre séjour.



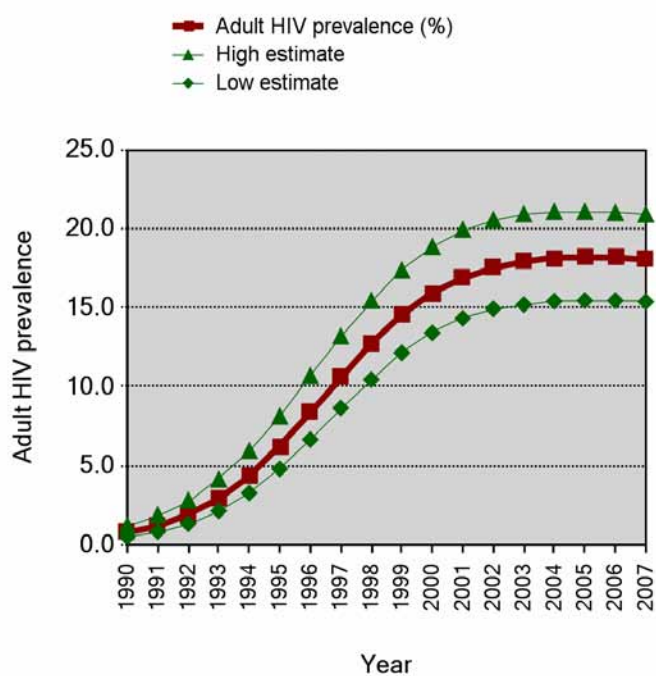
Annexes

Quelques chiffres pour se faire une idée du niveau de vie¹⁶

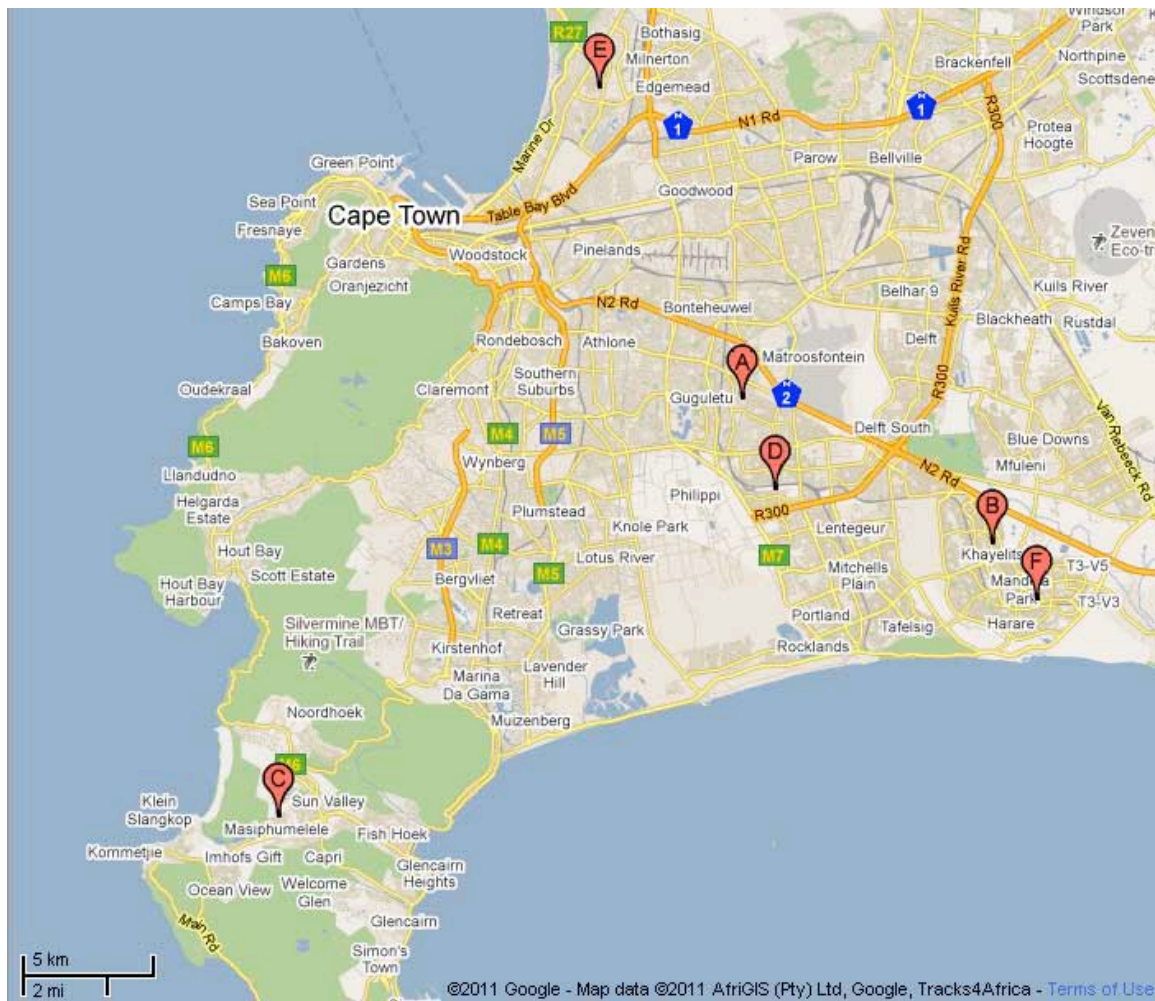
Espérance de vie (2009) : 54/55¹⁷ (♂/♀)
PIB national (2009) : 287.2 milliard de \$
PIB par habitant (2009) : 5'685 \$
IDH¹⁸ : 0.683 (129^e sur 182 pays)
Taux d'alphabétisation (2008) : 87%

Taux de chômage en Afrique du Sud (2011) : 23.3%¹⁹
Prévalence du SIDA dans la population : 17.8%⁷ (adultes entre 15 et 49ans en 2011)

Estimated adult HIV (15-49) prevalence %, 1990-2007



Les locations de cliniques de SHAWCO



Lundi	Mardi	Mercredi
<i>Newrest</i> (dans Gugulethu)	<i>Masiphumelele</i> (dans Noordhoek)	<i>Joe Slovo</i> (dans Milnerton)
<i>Simthadile</i> (dans Khayelitsha)	<i>Brown's Farm</i> (dans Nyanga)	<i>Zibonele</i> (dans Khayelitsha)

Bibliographie

ZWENGENTHAL, Virginia. *PRIMARY HEALTH CARE fresh perspectives*, Cape Town, Pearson education South Africa 2009.

KALE, Rajendra. "Africa's Health: Traditional healers in South Africa: a parallel health care system" , *Brittish Medical Journal*, vol. 310, num 6988, 1995, 310 : 1182

SOUTH AFRICAN GOVERNEMENT INFORMATION (10,8,2001) No. 61 of 2003: National Health Act, 2004. { <http://www.info.gov.za/view/DownloadFileAction?id=68039> }

RUFF brian, MZIMBA Mandi, HENDRIE Simon, and BROOMBE Jonathan, "Reflections on health care reforms" *Journal of Public Health Policy*, Vol 32, S184-S192

Powerpoint presentation: "Health Economics" Marsha Orgill Health Economics Unit University of Cape Town

Powerpoint presentation: « District Health System (DHS) and Policy" Dr Astrid Dearham

¹ Students' Health and Welfare Centres Organisation

² http://fr.wikipedia.org/wiki/Afrique_du_Sud#La_discrimination_positive

³ http://en.wikipedia.org/wiki/Cape_Town

⁴ http://fr.wikipedia.org/wiki/Fichier:South_Africa_2001_dominant_population_group_map.svg

⁵ Admission policy 2012 de UCT et health science admission criteria 2012 de UCT

⁶ http://en.wikipedia.org/wiki/Western_Cape

⁷ http://en.wikipedia.org/wiki/File:Cape_Town_2001_dominant_language_map.svg

⁸ [outil Superweb :interactive stats SA](#)

⁹ Skilles shortages in South Africa, edited by Johan Erasmus and Mignonne Breier, Department of Labour and HSRC Press

¹⁰ <http://www.info.gov.za/view/DownloadFileAction?id=68039>

¹¹ Marsha Orgill, Health Economics Unit, University of Cape Town. Presentation aux 4ièmes années de Médecine.

¹² ZWENGENTHAL, Virginia. *PRIMARY HEALTH CARE fresh perspectives*, Cape Town, Pearson education South Africa 2009.

¹³ "South Africa's Health: Traditional healers in South Africa: a parallel health care system" *BMJ* 310 : 1182 (Published 6 May 1995) [Rajendra Kale](#),

¹⁴ <http://www.shawco.org>

¹⁵ <http://www.ucrag.com/about/shawco/>

¹⁶ http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/pays-zones-geo_833/afrique-du-sud_386/presentation-afrique-du-sud_920/index.html et

http://www.google.ch/publicdata/overview?ds=d5bncppjof8f9_&ctype=l&strail=false&nselm=h&hl=fr&dl=fr, south africa health profil : WHO, WHO AIDS in South Africa et Primary health care, fresh perspectives.

¹⁷ Statistiques mondiales sanitaires 2011, Organisation Mondiale de la Santé

¹⁸ http://fr.wikipedia.org/wiki/Classement_IDH_des_pays#Liste_compl.C3.A8te

¹⁹ http://www.indexmundi.com/fr/afrique_du_sud/taux_de_chomage.html