

La santé dans l’histoire de l’Afrique

Shane Doyle

Université de Leeds

1. Introduction

La santé d’une population, les maladies dont elle souffre et la nature de la réponse sociale à la maladie sont profondément révélatrices des caractéristiques fondamentales des sociétés humaines. Le bien-être humain est profondément influencé par les conditions économiques, qui représentent aujourd’hui 10 pour cent du PIB (produit intérieur brut) mondial. S’il est courant de se concentrer sur l’identification scientifique des causes des maladies et sur les aspects techniques des traitements médicaux, la santé est également considérée comme un facteur clé influençant la productivité, les dépenses publiques et les flux d’aide. Comme le montre ce chapitre, les sociétés africaines se sont organisées pour gérer leur environnement pathologique, le diagnostic de la maladie a toujours été façonné par des préjugés culturels et le coût des soins a menacé la viabilité des ménages et la stabilité sociale.

Ce chapitre explore la longue histoire de la santé et de la maladie dans l’histoire de l’Afrique. Tout d’abord, nous nous demanderons comment la santé peut être mesurée et ce que les mesures utilisées révèlent sur les sociétés africaines. Ensuite, l’attention se portera sur l’évaluation de la maladie et de la guérison dans le passé précolonial de l’Afrique, en mettant l’accent sur la charge de morbidité unique du continent et sur la manière dont celle-ci a influencé les cultures indigènes et les stéréotypes extérieurs. Ces idées préconçues d’un continent malade ayant besoin de la ‘mission civilisatrice’ de l’Europe ont contribué à la conquête coloniale qui, ironiquement, a déclenché plusieurs décennies de déclin démographique. Troisièmement, nous verrons comment l’expansion progressive des soins de santé coloniaux et la nette amélioration de l’efficacité de la biomédecine occidentale (“scientifique”) dans les années 1940 et 1950 ont permis de réduire les niveaux de maladie et de mortalité en Afrique à l’approche de l’indépendance. L’optimisme des premières années de la décolonisation en matière de santé et de soins de santé a été remis en question par l’instabilité économique et politique, l’ajustement structurel et le VIH/SIDA. Le chapitre se termine par une évaluation de l’histoire récente des changements médicaux sur le continent, de la manière dont des concepts tels que la santé mondiale, la santé pour tous et la sécurisation ont créé une situation où les indicateurs de santé s’améliorent, mais où les structures et la durabilité de la fourniture de soins de santé restent incertaines.

2. Comment mesurer et évaluer la santé?

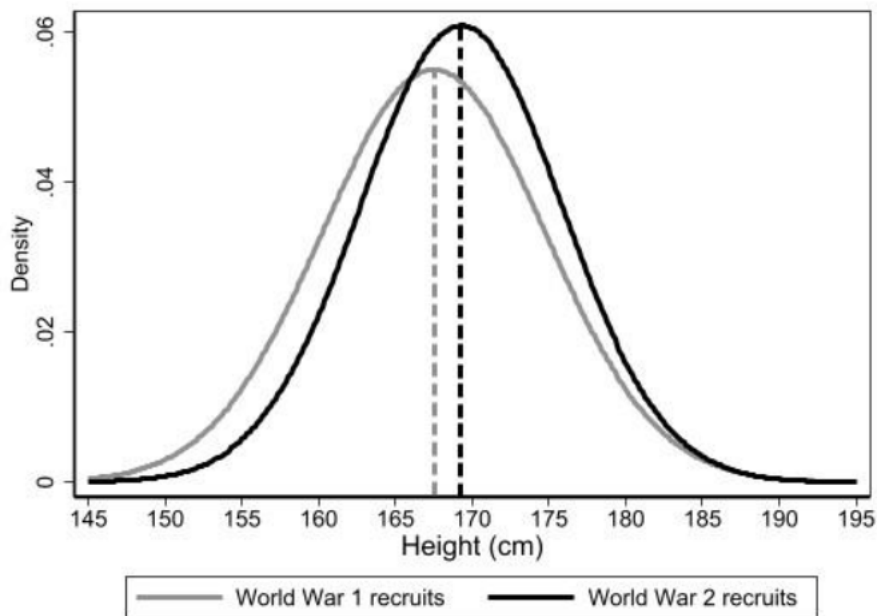
La santé et la maladie sont des phénomènes complexes influencés par de multiples facteurs. Ils sont profondément locaux par nature, façonnés par les normes culturelles et les écologies des maladies. La compréhension de ce qu'est une maladie, ou la terminologie à utiliser, a évolué au fil du temps. Pourtant, les chercheurs se sentent obligés d'essayer de comparer les niveaux de maladie dans différentes régions et à différentes époques. Il est donc nécessaire de réfléchir à ce qui peut être mesuré et à la signification des mesures. Il convient également de garder à l'esprit que les différentes disciplines donnent la priorité à des mesures différentes. Les démographes peuvent mettre l'accent sur des mesures au niveau de la population comme le *taux de mortalité infantile* (combien de bébés sont morts au cours de leur première année de vie pour 1 000) ou le *taux de mortalité brut* (combien de personnes sont mortes au cours d'une année pour 1 000). Les économistes de la santé étudient les facteurs qui ont une incidence sur les coûts, comme la *durée moyenne de séjour des patients* dans un hôpital, tandis que les épidémiologistes enregistrent des paramètres spécifiques à une maladie, comme le *taux de prévalence de la maladie*, qui reflète la proportion d'une population souffrant d'un problème de santé à un moment donné. Certaines mesures, comme *l'espérance de vie à la naissance*, sont utilisées dans plusieurs disciplines. La durée de vie moyenne d'une personne est bien sûr au cœur de la démographie et de la médecine, mais elle est également utilisée par le Programme des Nations Unies pour le développement pour fournir un tiers des données qui composent son *indice de développement humain*.

Il s'agit là de mesures précieuses, mais qui doivent être interprétées et utilisées avec précaution. Par exemple, avant le milieu du 20^e siècle, peu de personnes en Afrique enregistraient leur date de naissance, de sorte que le calcul de la durée de l'enfance impliquait une part de supposition. Pour que les interventions tiennent compte du fait que de nombreux enfants africains meurent après la naissance, les objectifs du Millénaire et du développement durable ont remplacé la mortalité infantile par la mortalité des moins de cinq ans. Aujourd'hui, le taux brut de mortalité en Afrique est inférieur à celui de l'Europe. Mais c'est surtout parce que les Africains sont en moyenne beaucoup plus jeunes que les Européens. Cela ne signifie pas que la personne moyenne en Afrique est en meilleure santé. L'histoire montre qu'au début du 20^e siècle, les patients restaient longtemps à l'hôpital, non seulement parce qu'ils étaient plus malades qu'aujourd'hui et que les médicaments étaient moins efficaces, mais aussi parce que les missionnaires chrétiens, qui dirigeaient la plupart des hôpitaux de l'Afrique coloniale, considéraient les patients hospitalisés comme des candidats de choix pour la conversion religieuse. L'évolution de la *durée moyenne de séjour* n'est donc pas nécessairement le signe d'une amélioration du traitement ou de l'état de santé sous-jacent. Le calcul d'un taux de prévalence nécessite des moyens précis de diagnostic d'une maladie, mais des tests de laboratoire précis ne sont pas universellement disponibles, même aujourd'hui, et étaient relativement rares pendant la période coloniale. Il est également difficile de tester un échantillon représentatif d'une population entière. Dans le passé, les médecins ont souvent surestimé la prévalence d'une maladie dans une société africaine parce qu'ils s'appuyaient sur les seules données auxquelles ils avaient accès, par exemple la fréquence d'une maladie parmi les personnes admises

à l'hôpital ou les femmes fréquentant les cliniques de maternité. Or, les patients sont par définition malades et les femmes enceintes sont particulièrement vulnérables à certaines maladies.

Par conséquent, dans le passé, les mesures de la santé en Afrique n'étaient pas toujours précises ou représentatives. Les historiens ont souvent été en mesure de tirer des informations utiles en interprétant avec soin les données disponibles. Mais ils ont également cherché d'autres mesures de la santé. Par exemple, les registres d'enrôlement ont été analysés. Les armées coloniales exigeaient des soldats africains qu'ils soient raisonnablement grands. La taille adulte étant un bon indicateur des niveaux de nutrition et de santé pendant l'enfance, il a été possible d'évaluer l'impact du développement économique et social sur le niveau de vie des hommes, au fil du temps. Une analyse de l'évolution de la taille moyenne des recrues africaines au Ghana indique une augmentation constante de la taille entre les années 1890 et les années 1970. La figure 1 montre la répartition de la taille des recrues ghanéennes au cours de la Première et de la Seconde Guerre mondiale. Il semble probable que la forte augmentation des revenus moyens associée à l'expansion de la production de cacao ait stimulé une augmentation d'environ 2 cm de la taille moyenne des recrues de la Seconde Guerre mondiale. Toutefois, il n'en va pas de même pour les nombreux soldats africains qui ont grandi plus loin de la côte.

Figure 1: Taille des hommes dans le Ghana colonial par cohorte de naissance



Source: Moradi, Austin and Baten (2013).

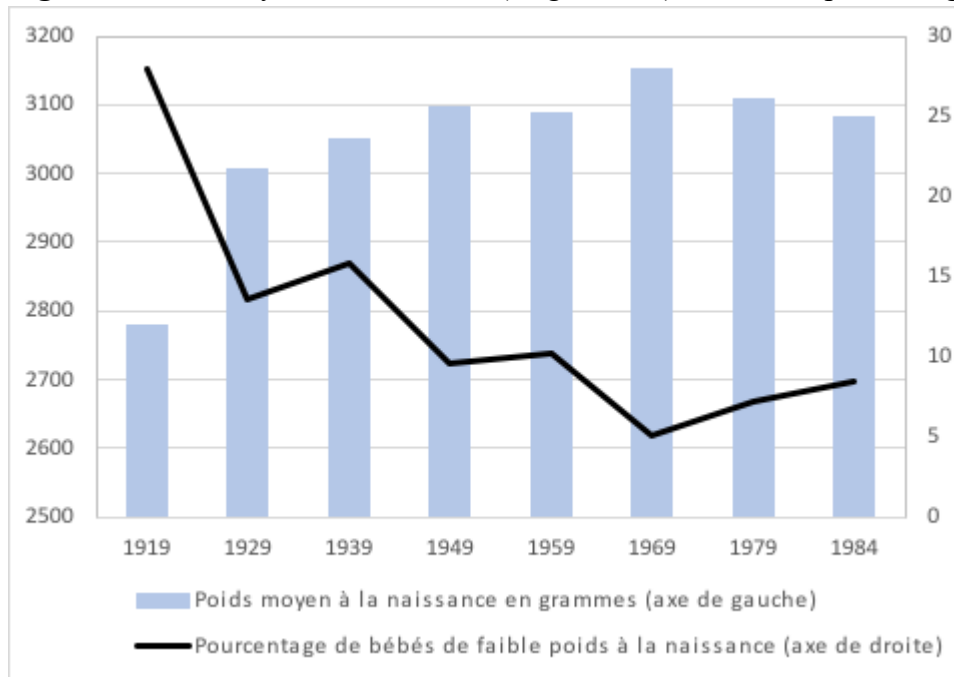
Remarque: Traduction anglais/français: density/densité; height/taille; World War I recruits/recrues de la Première Guerre Mondiale; World War II recruits/recrues de la Seconde Guerre Mondiale.

Les registres de maternité enregistrant le poids des bébés nés dans les hôpitaux constituent une autre source d'information. La figure 2 montre une augmentation substantielle du poids moyen des

bébés nés dans les hôpitaux des missions entre les années 1930 et 1950 à Kampala, la capitale de l'Ouganda colonial. Dans le même temps, la proportion de bébés présentant une insuffisance pondérale à la naissance ($< 2\,500\text{ g}$) a diminué (ligne noire). Le poids à la naissance est un bon indicateur de l'évolution du régime alimentaire maternel et de l'exposition aux maladies, ainsi qu'un bon prédicteur de la santé et de la longévité futures. Il est bien sûr possible que les femmes qui se sont rendues à la maternité avant les années 1930 aient été nettement plus pauvres que celles qui ont accouché dans un cadre médical au cours de la période ultérieure, mais rien ne permet d'affirmer qu'un tel changement s'est produit. Dans l'ensemble, il semble plus sûr de supposer que la période de domination coloniale n'a été ni catastrophique ni extrêmement bénéfique en termes d'impact sur la croissance humaine.

Quant à la période précoloniale, il s'agit d'une époque où très peu de données quantitatives utilisables ont été produites ou conservées. Les historiens ont plutôt eu tendance à s'appuyer sur des documents qualitatifs, généralement produits par des observateurs européens, qui décrivent les pratiques de guérison, les normes de santé et la longévité des Africains. Ces documents sont généralement plus révélateurs des préjugés européens que des réalités africaines. Toutefois, les récits d'observateurs réfléchis, résidant depuis longtemps en Afrique et ayant reçu une formation médicale, tels que le célèbre médecin missionnaire David Livingstone, suggèrent que si les causes des maladies étaient souvent différentes en Afrique, les Africains n'étaient pas beaucoup plus susceptibles d'être malades ou de mourir prématurément que les paysans et les citoyens européens au cours d'une année normale. Les années normales n'étaient toutefois pas si fréquentes à une époque marquée par la traite des esclaves et la conquête impériale.

Figure 2: Poids moyen à la naissance (en grammes) dans les hôpitaux ougandais



Source: Doyle (2013, pp. 272-3).

3. Les caractéristiques des maladies précoloniales

D'un point de vue comparatif, l'Afrique semble avoir bénéficié d'un environnement pathologique particulièrement hostile, et ce pour deux raisons essentielles. Tout d'abord, le continent africain abritait un ensemble de maladies tropicales particulièrement diverses et mortelles. Certaines d'entre elles, comme la maladie du sommeil ou la *trypanosomiase* humaine, une maladie transmise par la mouche tsé-tsé, n'existaient qu'en Afrique. D'autres, comme le paludisme, une infection transmise par les moustiques, étaient répandues dans de nombreuses régions du monde, mais étaient particulièrement virulentes en Afrique. La forme de paludisme la plus répandue en Afrique, *Plasmodium falciparum*, est plus souvent mortelle que *Plasmodium vivax*, la forme la plus fréquente en Asie et dans les Amériques. Même en 2020, 96 pour cent des décès dus au paludisme dans le monde se produiront sur le continent africain, la plupart des décès survenant avant l'âge de cinq ans chez des enfants qui n'ont pas encore développé d'immunité contre la maladie.

La gravité des maladies transmises par les insectes explique en partie le paradoxe selon lequel l'homme moderne (*homo sapiens*) vit en Afrique depuis deux à trois fois plus longtemps que sur n'importe quel autre continent, alors que la densité de population sur le continent africain est restée comparativement faible jusqu'à très récemment. Le tableau 1 place les densités de population de l'Afrique subsaharienne dans une perspective comparative avec d'autres régions du monde, montrant qu'au cours des 500 dernières années, l'Afrique a eu la densité de population la plus faible. Les faibles densités de population s'expliquent également par les obstacles à

l'intensification de l'agriculture. Les précipitations étaient souvent faibles et imprévisibles; les sols étaient relativement peu fertiles. En outre, les animaux domestiqués et les hommes souffraient d'un lourd fardeau de maladies. Par exemple, en raison de conditions telles que le *nagana*, la forme animale de la trypanosomiase, et la fièvre de la côte orientale transmise par les tiques, l'utilisation de bœufs ou de chevaux pour le transport ou pour tirer les charrues afin d'ameublir ou de retourner le sol avant de planter était, à quelques exceptions près, impossible dans les régions infestées.

Tableau 1: Densités de population moyennes par région du monde

	1500	1750	1900	1975
Afrique subsaharienne	1.9	2.7	4.4	13.6
Japon	46.4	78.3	118.2	294.8
Asie du Sud	15.2	24.1	38.2	100.3
Europe	13.7	26.9	62.9	99.9
Chine	13.4	22.2	45.6	91.1

Source: Frankema (2015, p. 276).

Le deuxième facteur majeur est que l'Afrique était reliée à l'Eurasie par le pont terrestre du Sinaï en Égypte, et plus tard par le trafic maritime, et que les Africains ont donc subi des infiltrations répétées de maladies pandémiques qui sont apparues dans les villes asiatiques ou européennes et se sont propagées par le biais des réseaux denses d'échanges commerciaux de ces continents. Le pire exemple est peut-être la peste noire, une forme exceptionnellement mortelle de peste transmise par des puces, qui est arrivée en Afrique du Nord en 1348 et a rapidement inversé plusieurs siècles de croissance démographique soutenue. L'Afrique a alors souffert de manière disproportionnée des inconvénients de l'urbanisme à une époque où les villes généraient des richesses mais facilitaient également la transmission des maladies. Cependant, l'exposition à long terme du continent à certaines des maladies circulant en Europe et en Asie a créé un certain degré d'immunité. Cela signifie que la conquête de l'Afrique a eu des conséquences moins dévastatrices que pour les populations plus isolées des Amériques, des Caraïbes et des îles du Pacifique Sud.

Idées précoloniales de la santé et réponses médicales et culturelles à la maladie

Dans de nombreuses sociétés africaines, confrontées à des niveaux élevés de maladies endémiques quotidiennes et à des épisodes occasionnels d'épidémies intenses, les cultures de la guérison s'étendaient au-delà du domaine de l'individu malade et des techniques de la médecine chirurgicale ou à base de plantes. Les commentateurs européens ont souvent noté l'habileté technique des chirurgiens africains et la variété des racines et des feuilles utilisées par les herboristes pour traiter de multiples maladies. La phytothérapie était également utilisée pour prévenir les maladies et protéger la santé, en particulier pendant la conception, la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Ces pratiques sont illustrées par la sculpture de l'actuelle République démocratique du Congo ci-dessous, qui représente une mère allaitante dont la peau porte des cicatrices obtenues en frottant des plantes médicinales sur de petites incisions. Comme l'ont observé les anthropologues historiques du continent, les tentatives directes de soulager les symptômes de la

maladie ne constituaient qu'une partie des pratiques de guérison africaines. L'accent était plutôt mis sur la recherche des *raisons pour lesquelles* un individu était tombé malade. Ces cultures africaines de guérison pragmatiques impliquaient donc souvent des interventions à la fois cliniques et spirituelles. Elles nécessitaient aussi souvent l'engagement de parents ou de pairs qui formaient des groupes de gestion thérapeutique chargés d'organiser et d'évaluer les options de traitement. Cette conception de la guérison, qui implique à la fois des éléments spirituels et sociaux, a façonné les cultures publiques d'engagement politique de nombreuses sociétés. Les rituels de guérison de la terre ou de l'État étaient considérés comme essentiels à la prospérité collective et à l'intégration sociale, ainsi qu'à l'atténuation des tensions interpersonnelles résultant de forces perturbatrices telles que la traite des esclaves ou le commerce à longue distance.



Scarification protégeant les femmes pendant la conception, la grossesse, l'accouchement et l'allaitement

Source: Commons Wikimedia: [Commons Wikimedia](#).

Intégration aux marchés mondiaux, 15^e - 19^e siècles

Le commerce international, impliquant des populations réduites en esclavage et des matières premières, a non seulement accéléré l'intégration de l'Afrique dans les marchés mondiaux à partir

de la fin du 15^e siècle, mais a également accéléré l'intégration du continent dans un processus de mondialisation biologique qui s'accélère. Le commerce a amené de nouvelles sources d'infection sur les côtes du continent et a également facilité la dispersion d'agents pathogènes établis de longue date. Au cours de la seconde moitié du 19^e siècle, par exemple, alors que les marchandises et les personnes circulaient plus vite et plus loin en Afrique de l'Est, les épidémies sont devenues presque annuelles. Les épidémies de choléra, de dysenterie, de grippe, de rougeole, de peste, de variole et d'une multitude d'autres maladies ont dévasté la région. Les souffrances de l'Afrique de l'Ouest ont été plus longues. Ironie tragique, l'idée que l'immunité acquise par les Africains de l'Ouest contre le paludisme leur conférait un avantage par rapport à d'autres formes de main-d'œuvre dans les Amériques allait propulser la traite transatlantique des esclaves vers de nouveaux sommets, avec de sombres conséquences démographiques. On estime que 12,5 millions de personnes ont été exportées comme esclaves et qu'autant de captifs sont morts de maladies ou de violences avant d'atteindre les Amériques, pendant la capture, le transfert vers la côte, l'emprisonnement sur place et, enfin, pendant le voyage.

4. La conquête coloniale et les débuts de l'administration coloniale

Dans l'imaginaire européen, l'Afrique était, à la fin du 19^e siècle, considérée comme un continent malade ayant besoin de rédemption, dont l'adaptation des habitants à des environnements apparemment hostiles renforçait l'idée de leur infériorité raciale. Pendant plusieurs siècles, les taux de mortalité incroyablement élevés des Européens en Afrique tropicale ont protégé le continent de la conquête. La moitié des missionnaires chrétiens arrivés en Côte d'Or avant 1850 sont morts en l'espace de trois ans, ce qui a renforcé l'idée que l'Afrique était 'la tombe de l'homme blanc'. La conquête impériale était motivée par un sentiment croissant de supériorité raciale au sein des puissances européennes, mais elle a été rendue possible par une volonté pragmatique d'exploiter la résistance aux maladies que les Africains acquéraient nécessairement s'ils survivaient à l'enfance. Sur l'ensemble du continent, l'expansion européenne s'est faite en grande partie grâce à l'emploi de soldats africains. Les conquêtes ont ensuite pu être consolidées parce que l'espérance de vie des Européens sur le continent africain a atteint des niveaux durables dans les années 1880 et 1890 grâce à des découvertes scientifiques cruciales. L'eau potable a été rendue salubre par le filtrage et l'ébullition, et les administrateurs et soldats européens ont commencé à utiliser systématiquement la quinine, un médicament à base de plantes, pour prévenir et guérir le paludisme.

Les épidémies de peste légitimaient la ségrégation raciale de l'espace urbain et les épidémies dévastatrices de maladie du sommeil qui accompagnaient la nature perturbatrice de la conquête provoquaient un remodelage des sociétés rurales. Les populations africaines considérées comme menacées par la maladie du sommeil ont été déplacées par l'État colonial, au moins en partie pour faciliter l'extraction de taxes et de main-d'œuvre. Les gouvernements coloniaux craignaient que les épidémies de maladies transmissibles ne réduisent la taille de la population active et

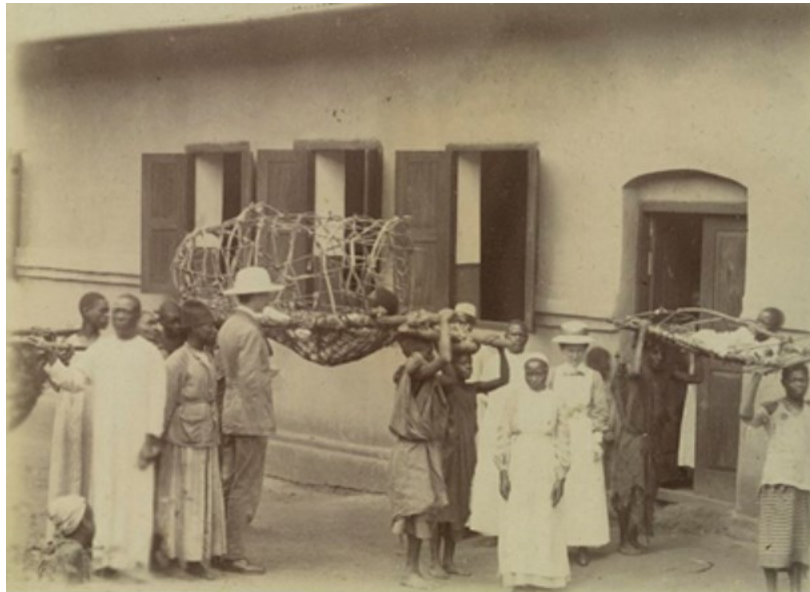
contribuable. En outre, les épidémies de maladie du sommeil se sont souvent déclarées sur des îles et des rives de lacs éloignés du contrôle colonial.



Vaccination contre la variole au Kenya colonial

Source: Commons Wikimedia: [Commons Wikimedia](#).

Les habitants de ces régions ont été contraints de s'installer dans des villages situés à proximité des grands axes routiers afin de pouvoir travailler pour l'économie coloniale et payer des impôts pour soutenir l'administration. La coercition a également caractérisé les contrôles contre l'infection par la peste, l'inoculation de masse contre des maladies telles que la variole, comme le montre la photo ci-dessus, et les campagnes contre la syphilis, l'infection sexuellement transmissible la plus courante de l'époque. Les premières décennies du 20^e siècle ont été marquées par un déclin démographique d'une telle gravité que des mesures extrêmes semblaient justifiées. Il est probable que l'assainissement de base et les vaccinations ont eu des effets bénéfiques immédiats sur l'espérance de vie. À plus long terme, les interventions médicales souvent punitives ou inexplicables semblent avoir contribué à faire naître des doutes au sein de la société indigène quant à l'intention bénigne de la biomédecine occidentale. Cette expérience précoce d'une médecine occidentale agressive peut expliquer pourquoi les autorités médicales des périodes ultérieures se sont souvent plaintes du manque de confiance des sociétés africaines dans les interventions sanitaires et de leur respect incomplet de ces dernières.



Patients arrivant à l'hôpital missionnaire de Mengo, en Ouganda.

Source: Commons Wikimedia: [Commons Wikimedia](#).

Au début de la période coloniale, la médecine missionnaire fournissait l'essentiel des soins de santé africains dans les hôpitaux et les dispensaires. La photo ci-dessus montre l'arrivée de patients, souvent transportés sur de longues distances, dans l'un des premiers hôpitaux missionnaires d'Ouganda. En effet, les sociétés missionnaires chrétiennes ont investi de manière substantielle dans les soins de santé en Afrique bien avant l'arrivée de l'État colonial. En 1925, les missions protestantes géraient à elles seules 116 hôpitaux et 366 dispensaires, traitant environ 660 000 patients africains. Les missionnaires médicaux considéraient l'hôpital comme une occasion idéale de s'adresser à un public captif et de démontrer le pouvoir de guérison bienveillant, et parfois miraculeux, du christianisme. Le symbolisme chrétien dans les activités médicales des missionnaires, notamment la bénédiction des malades, le signe de croix, les prières et le soutien social disponible dans les missions, peut avoir rapproché les pratiques des missions chrétiennes des systèmes thérapeutiques traditionnels africains, qui considéraient les maladies comme des signes de déséquilibre individuel et communautaire pouvant être traités le plus efficacement en incluant l'ensemble du corps social, comme le suggère la sculpture congolaise ci-dessus.

Plus généralement, les soins de santé missionnaires étaient un moyen d'inculquer la morale chrétienne au sein du foyer. Au début de la période coloniale, les missionnaires médicaux, convaincus que le déclin démographique était dû avant tout à l'immoralité sexuelle des Africains, ont placé la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles au cœur de leurs activités. Dans les années 1930, reconnaissant tardivement l'ampleur des erreurs de diagnostic sur lesquelles reposaient les campagnes précédentes contre la syphilis, la médecine missionnaire s'est tournée vers la santé maternelle et infantile, qu'elle allait continuer à dominer pendant des décennies.

5. La période coloniale ultérieure

Entre la Première et la Seconde Guerre mondiale, un changement majeur s'est produit dans l'offre médicale. Les soins de santé ont été progressivement laïcisés, à mesure que les capacités et l'ambition de l'État colonial s'accroissaient. À partir des années 1930, l'État colonial investit de plus en plus dans la fourniture de soins de santé de masse en Afrique. Il s'agit à la fois d'une expansion des soins curatifs et d'un recentrage des soins de santé préventifs. Alors que les investissements dans l'assainissement et la vaccination se poursuivent, une nouvelle énergie est consacrée aux efforts visant à sensibiliser la population à la transmission et à l'évitement des maladies. Ces efforts n'auront toutefois qu'un effet limité jusqu'à ce que les systèmes de santé soient largement africanisés à la fin de la période coloniale, le personnel africain s'avérant mieux à même de traduire les concepts médicaux dans les idiomes locaux.

Dans les années 1940 et 1950, le pouvoir curatif des soins de santé coloniaux s'est transformé. La fréquence à laquelle les Africains ont eu recours aux soins biomédicaux a énormément augmenté, en partie grâce à des investissements importants dans la formation médicale, les institutions et le personnel, mais aussi parce que la capacité curative de la biomédecine occidentale s'est transformée. L'introduction, dans les années 1940, de nouveaux antipaludéens, comme la chloroquine, et d'antibiotiques, comme la pénicilline, a entraîné une baisse substantielle de la mortalité, en particulier chez les nourrissons et les jeunes enfants, ainsi qu'une forte réduction de la durée moyenne du séjour à l'hôpital, ce qui a permis d'augmenter considérablement le nombre de patients que chaque unité pouvait traiter.

L'impact de ces progrès médicaux peut être mieux étudié en observant l'évolution des maladies dans le temps. Le tableau 2 montre la fréquence des maladies les plus couramment diagnostiquées dans un hôpital missionnaire de l'Ouganda rural au début et au milieu du 20^e siècle. Des maladies comme la syphilis et l'ulcère tropical ont nécessité de très longues périodes de traitement hospitalier douloureux et souvent infructueux au cours des premières décennies du 20^e siècle. À partir de la fin des années 1940, avec l'introduction de la pénicilline, les patients admis pour ces maladies ont connu des guérisons quasi miraculeuses. Pour de nombreuses maladies, les guérisons rapides ont eu pour effet de réduire leur importance à l'hôpital au fil du temps. Le tableau 2 illustre une baisse relative prononcée de l'hospitalisation des patients atteints de maladies cutanées et de maladies sexuellement transmissibles entre les années 1940, qui pouvaient être traitées par des antibiotiques. Pour d'autres maladies très courantes, mais auparavant coûteuses ou impossibles à traiter, comme le paludisme et la tuberculose, l'introduction de médicaments efficaces et abordables a stimulé une augmentation substantielle des admissions à l'hôpital (voir tableau 2). Si l'efficacité de la médecine coloniale s'est améliorée au fil du temps, il est important de noter qu'elle s'est d'abord concentrée sur les maladies transmissibles - des affections dont la prévalence pouvait augmenter rapidement et qui étaient susceptibles d'infecter les fonctionnaires de l'État colonial –

jusqu'à l'indépendance. À quelques exceptions près, les maladies non transmissibles, telles que le cancer et les maladies cardiaques, ont reçu moins d'attention qu'elles n'en méritaient.

Tableau 2: Incidence des maladies (%) parmi les patients hospitalisés à l'hôpital de Toro en Ouganda, 1908-70

Catégorie de maladie	1908-19	1920-29	1930-39	1940-49	1964-70	Exemples
Maladies de la peau	14.1	12.9	17.2	8.2	2.4	Ulcères, plaies, abcès
Infections sexuellement transmissibles	11.8	20.1	10.8	4.1	0.7	Syphilis, Gonorrhée
Maladies respiratoires	9.1	8.3	9.6	11.6	17.2	Pneumonie, Bronchite
Infectieux et parasitaires	8.0	9.9	8.3	5.5	13.4	Grippe, rougeole, tuberculose
Malaria	6.8	5.8	6.5	14.3	11.2	Malaria
Système digestif	6.6	4.9	4.4	2.1	3.7	Constipation, dyspepsie
Blessures	5.6	5.9	3.8	2.0	1.9	Brûlures, plaies, fractures
Gastro-entérite	4.2	1.7	2.2	3.9	14.2	Gastro-entérite, dysenterie
Système génito-urinaire	3.6	3.8	3.4	4.2	9.2	Infection urinaire, cystite
Complications liées à la maternité	3.5	4.9	8.0	12.2	3.1	Avortement incomplet
Vers	1.6	2.4	6.0	11.0	4.3	Ténias, vers ronds

Source: Doyle, Meier zu Selhausen & Weisdorf (2020).

Si ces grandes tendances étaient visibles partout, les systèmes médicaux variaient d'un bout à l'autre du continent. Par exemple, le système de soins de santé le plus intrusif de l'Afrique de l'ère coloniale était probablement celui du Congo belge, qui se distinguait par la délégation par le gouvernement de la responsabilité des soins de santé à des entreprises et à des missionnaires jusqu'aux années 1950. Le système impérial français, quant à lui, se distingue par sa dépendance à l'égard des médecins militaires et par l'importance persistante des campagnes médicales contre certaines maladies, notamment la maladie du sommeil, jusqu'à la décolonisation. Plutôt que de se concentrer sur l'accueil des patients qui choisissent de se faire soigner pour toute une série de maladies, la stratégie médicale française s'est plutôt attachée à essayer de guérir un petit nombre de maladies à la fois. Les équipes médicales se déplaçaient de village en village, testaient et traitaient une communauté entière pour une maladie, puis laissaient cette zone sans soins médicaux pendant six mois, jusqu'à ce qu'une nouvelle campagne soit lancée. Cette priorité donnée au diagnostic mobile et au traitement intensif de maladies très médiatisées a atteint un point culminant avec le programme de lutte contre la maladie du sommeil. Pour la seule année 1937, près de 600 000 injections ont été pratiquées en Afrique équatoriale française contre la maladie du sommeil. Si ce type de campagnes verticales se retrouve également dans les colonies britanniques, la tendance est au fil du temps au développement d'un système de référence pyramidal. Selon cette approche, l'ensemble de la population devrait en théorie avoir accès à des soins de santé de base locaux, souvent sous la forme d'un dispensaire. Les cas compliqués étaient renvoyés vers des hôpitaux plus importants, dotés d'un personnel et d'un équipement plus spécialisés.

À l'époque de la ségrégation et de l'apartheid en Afrique du Sud, la médecine a joué un rôle clé dans le maintien d'une économie basée sur une main-d'œuvre noire bon marché. Dans l'industrie minière, par exemple, les conditions de vie exiguës, la nourriture inadéquate et la mauvaise ventilation ont entraîné des taux de maladie et de mortalité scandaleusement élevés, notamment en raison de maladies respiratoires. Lorsque les propriétaires des mines ont été informés du coût de l'amélioration de l'environnement de travail et domestique des mineurs, ils ont préféré créer un laboratoire pour le développement d'un vaccin contre la pneumonie. Cette solution était 30 fois moins coûteuse, mais n'a pas donné les résultats escomptés. Les inquiétudes des médecins, qui craignaient que la recherche sur les vaccins ne s'attaque pas aux problèmes sous-jacents, ont été réduites au silence par la catégorisation du travailleur migrant en tant que 'travailleur tropical'. Les propriétaires de mines ont créé l'Institut sud-africain de recherche médicale, qui a financé des recherches stigmatisant les migrants d'Afrique centrale comme étant biologiquement faibles. C'est le travailleur, et non l'environnement de travail, qui est à blâmer pour les taux de mortalité supérieurs à 10 pour cent par an.

Tous les systèmes médicaux impliquent un compromis entre le coût et l'efficacité, ainsi qu'entre l'étendue et la profondeur de l'engagement du patient, et ceux de l'Afrique coloniale n'ont certainement pas fait exception. Le fait que les institutions médicales du Congo belge aient été si souvent prises pour cible pendant les conflits des années 1960 n'est peut-être pas surprenant, étant donné la lenteur frappante de l'africanisation de la main-d'œuvre au sein des systèmes de soins de santé des missions et de l'État, ainsi que l'association durable des hôpitaux et des dispensaires avec la 'mission civilisatrice' et le capital extractif sous la forme de sociétés de plantation et d'exploitation minière. La médecine au Congo a souvent été présentée comme un exemple de la supériorité technologique, de la générosité morale et des conseils des Européens. Pendant ce temps, les soins de santé ont été utilisés pour surveiller et transformer agressivement la vie des Africains, en particulier dans les maternités (voir photo ci-dessous) et au sein des communautés minières. Le système vertical français désavantageait ceux qui tombaient malades des 'mauvaises' maladies ou au mauvais moment - de nombreuses communautés avaient un accès très limité aux soins de santé locaux dans les mois qui séparaient chaque visite des cliniques mobiles, et un système qui donnait la priorité à certaines maladies manquait inévitablement de ressources pour le traitement d'autres maladies.



Clinique pour bébés Léopoldville, Congo belge

Source: Manchester University Press Open Hive: [Manchester University Press Open Hive](#).

En théorie, le système pyramidal britannique permettait à la plupart des gens d'accéder à des soins de santé locaux de base et au personnel des dispensaires d'orienter les cas compliqués vers les centres de santé ou les hôpitaux. Dans la pratique, cependant, ce modèle reposait largement sur la capacité de diagnostic du personnel le moins qualifié et, ce qui n'est peut-être pas surprenant, les hôpitaux de référence étaient submergés de patients qui cherchaient un accès direct à des soins de la plus haute qualité. Le système de santé ségrégationniste de l'Afrique du Sud a exercé une discrimination raciale à l'encontre des travailleurs africains, ce qui a permis aux employeurs d'économiser de l'argent à court terme, mais au détriment de la santé des travailleurs et de la croissance économique à long terme. Le fait de préférer licencier les employés qui tombent malades plutôt que d'améliorer les conditions de travail et de vie insalubres, de traiter les travailleurs comme des êtres jetables et remplaçables, a finalement contribué à la faible productivité et aux relations de travail antagonistes qui ont miné l'apartheid.

6. Le début de l'indépendance

Sur tout le continent, à l'époque de la décolonisation, les politiciens nationalistes ont promis que l'indépendance permettrait d'éliminer les inégalités flagrantes en matière de santé qui avaient caractérisé le régime colonial. Compte tenu de l'importance des médecins dans de nombreux mouvements nationalistes, il n'est peut-être pas surprenant que des investissements substantiels dans les soins de santé aient été réalisés dans la plupart des anciennes colonies. Au cours des six premières années de l'indépendance du Ghana, par exemple, le nombre de centres de santé a

quadruplé et le nombre de médecins et d'infirmières (sur la photo ci-dessous), souvent présentés comme des symboles hautement qualifiés du progressisme de la nouvelle nation, a triplé.



Formation des infirmières au Ghana, 1957

Source: Commons Wikimedia: [Commons Wikimedia](#).

Dans le cadre de cette tendance générale, l'expansion des soins de santé a pris plusieurs formes distinctes. Certains pays nouvellement indépendants, comme l'Ouganda, ont cherché à apporter des soins de santé de haute qualité à toutes les régions géographiques, en veillant à ce que chaque district dispose de son propre hôpital de référence. Dans d'autres, comme la Tanzanie, les politiques visaient à garantir que chaque village dispose d'un système de soins de santé de base efficace. Ces variations stratégiques ou idéologiques ont entraîné des divergences structurelles substantielles, mais dans tous les cas, la redistribution des investissements et du personnel vers les communautés rurales a été limitée par la concentration des ressources dans les capitales de ces nouvelles nations. Le développement des écoles de médecine, la création "instituts de recherche et l'engagement à fournir des services de niveau international ont créé des forces centralisatrices qui ont renforcé les avantages dont jouissaient les populations urbaines sous le régime colonial. L'hôpital national phare de l'Ouganda, Mulago, recevait 60 pour cent du budget de la santé en 1964. Même en Tanzanie, pays égalitaire, le ratio médecin/patient en 1967 était 150 fois plus élevé dans les centres urbains que dans les zones rurales. En 1971, les centres de santé ruraux tanzaniens ne recevaient que 4 pour cent du budget national de la santé. Malgré ces approches divergentes et ces déséquilibres structurels, la première décennie de l'indépendance a été marquée par des améliorations substantielles de l'espérance de vie. Cela reflète en partie une augmentation importante du nombre de patients traités, grâce à la création de nouvelles unités médicales et aux programmes d'africanisation qui ont permis d'améliorer les ratios infirmières-patients et, plus lentement, médecins-patients. Cet élargissement de l'accès au traitement s'est généralement

accompagné d'un développement des soins de santé préventifs, notamment par le biais de programmes de vaccination contre les maladies infantiles courantes telles que la rougeole et la poliomyélite.

7. L'indépendance tardive

Les progrès qui avaient caractérisé la plupart des programmes de santé du début de l'indépendance se sont essouffés au cours des années 1970. En réalité, plusieurs pays avaient pris du retard au cours des années 1960. Ce retard était souvent dû à la guerre civile, les recettes de l'État diminuant et étant de plus en plus détournées de la santé et de l'éducation à des fins militaires. En outre, dans ces situations, l'insécurité et le manque de financement ont recentré les systèmes médicaux sur les soins d'urgence et les tentatives, généralement infructueuses, de freiner l'émigration du personnel de santé. Par exemple, en République démocratique du Congo, la mauvaise gestion du président Mobutu Sese Seko (1965-1997) a entraîné une réduction de près de moitié du nombre de lits d'hôpitaux au cours de la première décennie qui a suivi l'indépendance. Dans les décennies qui ont suivi, les conflits civils se sont multipliés et ont duré plus longtemps. La guerre civile en Angola, qui a duré de 1975 à 2002, a entraîné le déplacement d'un tiers de la population et la destruction de deux tiers des installations médicales. Le nombre de médecins pour 1 000 habitants a été divisé par trois, passant de 0,12 en 1970 à 0,04 en 1990. Dans le sud du Soudan, il n'y avait plus un seul médecin en 1983. Rien qu'en 2016, 18 pays africains ont connu une forme ou une autre de guerre civile, avec des conséquences sanitaires tragiques, notamment pour les 12,4 millions de personnes déplacées à l'intérieur du continent.

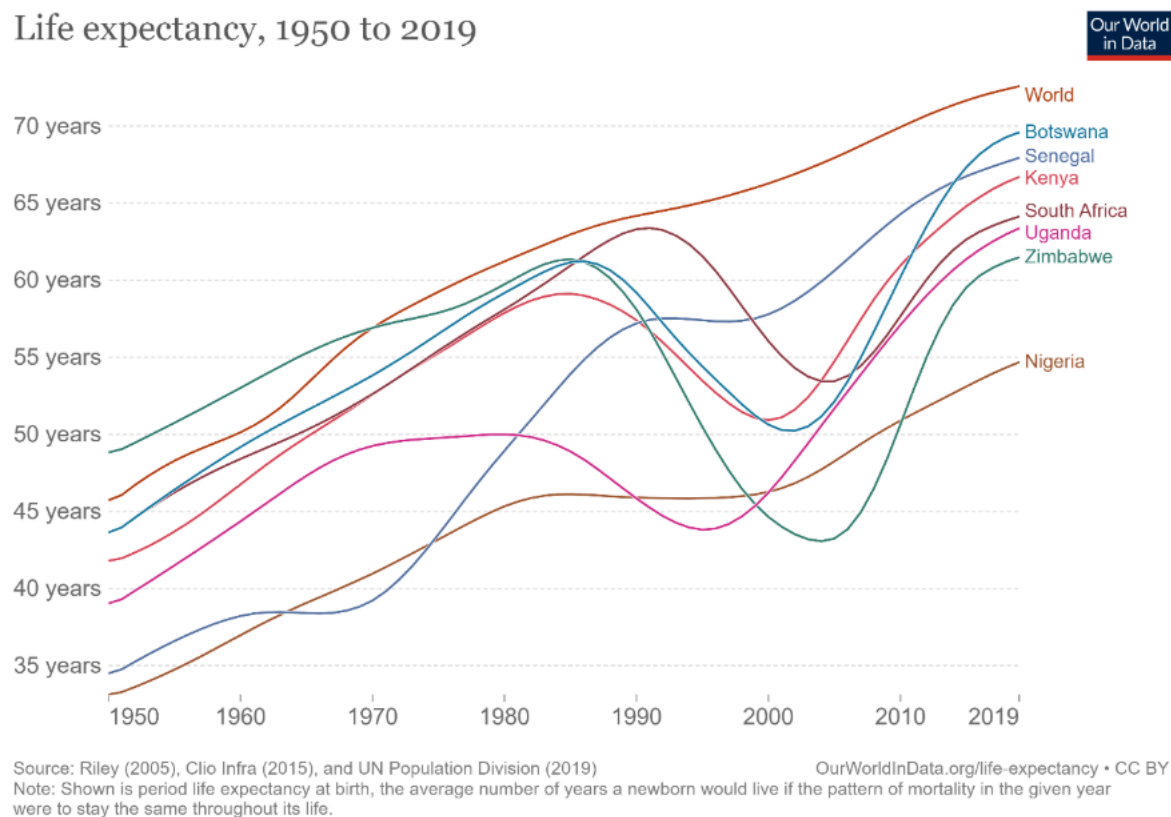
Le ralentissement de la croissance économique et l'augmentation des inégalités de revenus ont été encore plus universels. Même le Nigeria, qui a vu la valeur de ses exportations multipliée par onze entre 1960 et 1990 grâce à la découverte de pétrole brut, a connu une aggravation de la pauvreté. Cependant, la production pétrolière a faussé la valeur de la monnaie nigériane à un point tel que les secteurs agricole et manufacturier, principale source de revenus pour la grande majorité de la population, sont devenus profondément non compétitifs. En conséquence, les chiffres officiels indiquent que la proportion de la population vivant dans la pauvreté est passée de 15 pour cent en 1960 à 43 pour cent en 1992. L'investissement de l'État dans le système de santé nigérian a été réduit, atteignant à peine 1 pour cent de l'ensemble des dépenses publiques en 1990. En conséquence, les indicateurs de santé nigériens ont stagné. La figure 3 montre qu'entre 1980 et 2000, l'espérance de vie n'a augmenté que d'une seule année pour atteindre 46 ans, tandis que la mortalité infantile a légèrement diminué, passant de 134 à 119 pour 1 000.

Les années 1970 et 1980 n'ont pas été des décennies perdues partout. Au Sénégal, comme le montre la figure 3, l'espérance de vie est passée de 39 à 57 ans au cours de cette période et la mortalité infantile a diminué de moitié. Cela reflète dans une large mesure l'engagement du Sénégal à respecter les principes de la *déclaration d'Alma Ata* de 1978. Cette déclaration a eu une telle

influence parce que l'Organisation mondiale de la santé a accepté son principe clé, à savoir que la fourniture de soins de santé de base universels était l'approche qui mènerait à la 'santé pour tous'. Alma Ata a abordé la santé en termes de bien-être plutôt que d'absence de maladie, l'a définie comme un droit de l'homme et une question socio-économique aussi bien que médicale, et a préconisé la réorganisation des systèmes médicaux autour des principes des soins de santé primaires complets. Au Sénégal, l'alignement sur la nouvelle stratégie de l'OMS s'est traduit par un recentrage progressif de l'offre médicale rurale autour de la santé publique et par un transfert de ressources des hôpitaux vers les postes de santé villageois sous la supervision d'un centre de santé. En 1990, un tiers de la population bénéficiait d'un système efficace de couverture sanitaire universelle.

Pour la plupart des pays africains, situés quelque part entre les extrêmes de la sous-performance nigériane et de la surperformance sénégalaise (figure 3), la situation au milieu des années 80 se caractérisait par des progrès hésitants et un affaiblissement des investissements. À ce moment-là, deux nouveaux facteurs ont profondément remodelé l'environnement médical: Le SIDA et les PAS (programmes d'ajustement structurel).

Figure 3: Espérance de vie dans certains pays africains 1950-2019



Source: Roser, Ortiz-Ospina & Ritchie (2013), [Our World in Data](https://ourworldindata.org).

En 1983, les premiers cas de sida ont été recensés en Ouganda. Le sida est une maladie presque toujours mortelle en l'absence de traitement, qui se propage lorsque des personnes sont exposées à des fluides corporels contenant le virus VIH, par exemple lors de rapports sexuels ou de transfusions sanguines. Au milieu des années 1980, un tiers des femmes enceintes de Kampala, la capitale de l'Ouganda, ont été testées positives au VIH. Au début des années 1990, l'épicentre de la pandémie s'est déplacé vers le sud. En 2002, on estimait que 36 pour cent des adultes sexuellement actifs au Botswana étaient infectés par le VIH. À l'époque, un garçon de 15 ans dans ce pays avait 80 pour cent de chances de mourir du sida. Comme le montre la figure 3, dans toute l'Afrique australe (Botswana, Afrique du Sud, Zimbabwe), tous les gains durement acquis en matière d'espérance de vie depuis 1960 ont été perdus en l'espace de quelques années. Le sida a été une maladie particulièrement dévastatrice parce qu'il a touché principalement de jeunes adultes en pleine période de production et de reproduction. Les familles touchées tombent souvent dans une grande pauvreté, car elles perdent non seulement un de leurs principaux soutiens économiques, mais assument également les coûts à long terme des soins aux malades et aux orphelins qu'ils laissent derrière eux. Selon les estimations, le sida aurait tué plus de 20 millions de personnes sur le continent d'ici 2020, mais l'impact de la pandémie a été très inégal. L'Afrique du Nord et l'Afrique de l'Ouest n'ont été touchées que de manière limitée: au Niger, 48 000 personnes étaient porteuses du virus en 2017, soit un taux de prévalence de 0,4 pour cent. La même année, en revanche, 7,5 millions de personnes étaient séropositives en Afrique du Sud.

Si l'Afrique du Sud a tant souffert, c'est en partie à cause de l'héritage de l'apartheid. Une culture sexuelle remodelée par la migration de la main-d'œuvre et les inégalités entre les sexes et les races a facilité la propagation rapide du VIH. Les économies rurales des Africains ont été structurellement sapées pour forcer les travailleurs masculins à accepter des emplois urbains sous-payés, tandis que les règles de l'apartheid visaient à empêcher les hommes d'emmener leur famille avec eux dans les villes. Cette fragmentation de la vie familiale a été à l'origine de l'épidémie de sida la plus grave au monde. Le parti national a ignoré le sida en le considérant comme une maladie immorale et Nelson Mandela a reculé devant l'ampleur de la lutte contre le VIH, craignant qu'en s'attaquant au sida de manière adéquate, l'ANC ne soit pas en mesure de respecter ses engagements en matière de justice raciale; son successeur, Thabo Mbeki, a été rebuté par les analyses de la causalité du VIH qui semblaient renforcer les tropes de l'hypersexualité africaine, et a attribué le sida aux inégalités structurelles plutôt qu'à l'infection par le VIH.

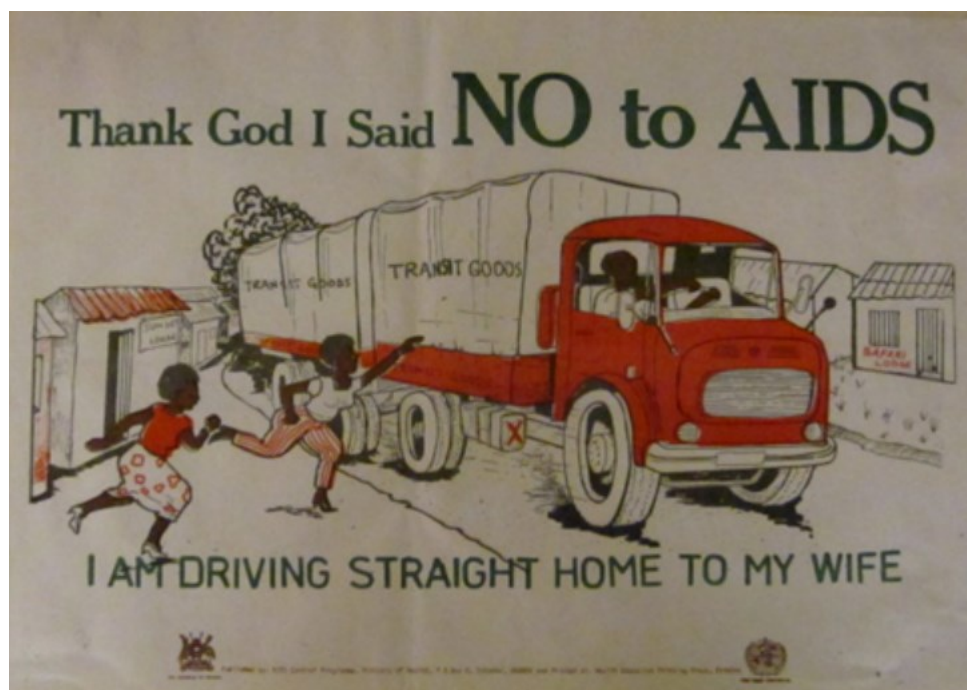
Cette approche était d'autant plus regrettable que des traitements antirétroviraux efficaces sont devenus abordables sous la présidence de Mbeki. Les antirétroviraux ne guérissent pas du sida, mais ils empêchent le virus de se répliquer dans l'organisme d'une personne, ce qui permet à son système immunitaire de se réparer, augmentant ainsi considérablement l'espérance de vie d'une personne infectée. En 1996, des essais ont montré qu'une combinaison de trois médicaments réduisait considérablement la quantité de virus dans l'organisme, mais le coût était prohibitif pour les personnes vivant dans les pays en développement. Les protestations populaires ont remis en

cause le fondement moral des profits réalisés par les sociétés pharmaceutiques sur le sida et ont conduit à une réduction considérable du coût des médicaments. À partir de 2002, l'Afrique du Sud a progressivement mis en place le plus vaste programme de traitement antirétroviral (TAR) au monde. En 2017, ce programme coûtait au gouvernement 1,5 milliard de dollars par an. Les avantages économiques et sociaux du programme sont toutefois évidents, puisque seulement 0,9 % des Sud-Africains séropositifs sont morts du sida en 2020.

De nombreux pays africains ont eu du mal à faire face à une maladie qui exigeait de leurs gouvernements qu'ils abordent des sujets généralement exclus du discours public. L'une des premières exceptions a été l'Ouganda, dont le nouveau gouvernement, en 1986, a considéré le sida comme une urgence nationale et a travaillé en étroite collaboration avec les organisations de la société civile pour susciter un changement des comportements sexuels. En Ouganda, le VIH a figuré en bonne place dans les discours présidentiels, les sermons religieux, l'activisme de la société civile et, surtout, les affiches d'information sur la santé publique, comme le montre le schéma ci-dessous. Les taux de prévalence du VIH ont rapidement baissé alors que l'utilisation par les Ougandais de préservatifs en dehors du mariage a doublé entre 1995 et 2000, et que l'âge déclaré des filles pour leur premier contact sexuel est passé de 15 à 17,3 ans au cours des années 1990. Le Sénégal, quant à lui, a rapidement intégré la prévention du VIH dans son système efficace de soins de santé primaires, en s'appuyant sur un programme déjà bien établi de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et en investissant massivement dans l'éducation du public et la coordination avec les chefs de file de la communauté. Alors que l'Ouganda a réussi à ramener une épidémie explosive à des niveaux gérables, le Sénégal a réussi à empêcher le SIDA de devenir incontrôlable.

L'année même où l'épidémie de VIH a été détectée pour la première fois en Afrique, le Ghana est entré dans une phase d'ajustement structurel. Les PAS ont été élaborés par les principaux bailleurs de fonds mondiaux (le Fonds monétaire international et la Banque mondiale) au début des années 1980 dans le but d'accroître la compétitivité des économies en développement et de faire en sorte que leurs exportations couvrent le coût de leurs importations. Afin de réduire les énormes dettes accumulées par les gouvernements des pays en développement, les bailleurs de fonds ont proposé des prêts supplémentaires, assortis de conditions strictes. Les gouvernements devaient accepter la privatisation des industries d'État, faciliter les investissements internationaux et la concurrence, et réduire les dépenses de la fonction publique et des services publics. D'abord limités à des pays comme le Ghana et l'Ouganda, dont les économies étaient en plein effondrement, les PAS ont été étendus à l'ensemble du continent à la fin des années 1990. En règle générale, les PAS ont entraîné un changement immédiat des modèles de financement qui sous-tendaient les systèmes de soins de santé en Afrique. L'engagement de l'époque nationaliste en faveur de la gratuité des soins en tant que droit de la citoyenneté a disparu. Au lieu de cela, les patients devaient assumer une partie ou la totalité des coûts directs de leur traitement sous la forme de frais d'utilisation qu'ils devaient payer pour les consultations médicales et les médicaments. Lorsque la fourniture de soins de santé par l'État s'est effectivement effondrée, comme au Ghana, où l'effondrement des budgets a

entraîné le non-paiement du personnel et l'indisponibilité des médicaments, les frais d'utilisation peuvent faciliter un rétablissement progressif des soins de santé publics. Mais dans de nombreux pays, les pauvres ont été désavantagés par le passage d'un système gratuit semi-fonctionnel à un modèle de frais d'utilisation. En Zambie, les frais d'utilisation dans les centres de santé urbains ont fait chuter la fréquentation de quatre cinquièmes. Les PAS, en obligeant les gouvernements à réduire leurs dépenses, ont également contribué à un déclin relatif de la formation médicale.



Affiche de prévention du SIDA en Ouganda

Source: Commons Wikimedia: [Commons Wikimedia](#).

En 2004, l'Afrique représentait un septième de la population mondiale et un quart de la charge de morbidité mondiale, mais seul un travailleur de la santé sur 77 était basé sur le continent. Et parmi eux, une proportion de plus en plus importante travaillait dans le secteur privé, s'adressant principalement à la petite classe moyenne africaine. L'ajustement structurel, en accélérant la commercialisation des soins de santé, a entraîné un transfert de personnel de l'État vers le secteur privé. Au Kenya, le nombre d'hôpitaux privés, qui n'avait cessé de croître depuis les années 1960, a doublé entre 1993 et 1994. Pour les pauvres africains, l'impact de la libéralisation a été un retour aux guérisseurs traditionnels et une épidémie d'automédication, dépendant d'un nombre croissant de détaillants pharmaceutiques non formés.

8. Le nouveau millénaire: succès et nouveaux défis

L'histoire de la santé en Afrique depuis 2000 a été, dans une certaine mesure, façonnée par une réaction contre la double crise du SIDA et des PAS. L'accès inéquitable aux traitements du sida a

suscité un engagement moral renouvelé en faveur de soins de santé abordables pour le monde en développement. La prise de conscience de la marginalisation des pauvres dans les économies de marché a influencé l'élaboration des objectifs du Millénaire, puis des objectifs de développement durable fixés par les Nations Unies, qui ont mis en évidence l'affaiblissement de la santé publique en Afrique en particulier. Le concept évolutif et imprécis de santé mondiale, de responsabilité partagée pour un niveau de bien-être de base pour tous, a inspiré une augmentation considérable des transferts d'aide liés à la santé vers le continent africain. Le Fonds mondial, créé en 2002 par une coalition de l'ONU, de pays donateurs et d'organisations caritatives pour lutter contre le VIH, le paludisme et la tuberculose, s'est engagé en 2019 à dépenser au total 31 milliards de dollars américains. En outre, le PEPFAR du gouvernement américain a investi 90 milliards de dollars dans des campagnes de prévention et de traitement du sida entre 2003 et 2019. Ces engagements ciblés en matière de santé ont donné des résultats impressionnants. La mortalité due au paludisme, par exemple, a chuté de 45 pour cent dans les pays où le Fonds mondial intervient (voir la photo ci-dessous), et les récents succès des essais de vaccins permettent d'espérer de nouvelles améliorations. Entre-temps, la vaccination des enfants a été relancée, ce qui a permis d'éradiquer la polio et de réduire considérablement les cas de rougeole et de méningite sur l'ensemble du continent.



Lutte contre le paludisme financée par les donateurs en Ouganda

Source: Commons Wikimedia: [Commons Wikimedia](#).

Les déséquilibres créés par ce financement transformateur suscitent inévitablement des inquiétudes. Dans un certain nombre de pays africains, les budgets combinés du Fonds mondial et du PEPFAR ont dépassé ceux des ministères nationaux de la santé. L'évolution vers la 'projectification' a donné naissance à un domaine de la santé dominé par des interventions à durée déterminée, axées sur des conditions médicales spécifiques dans des limites géographiques étroites, et qui ont déplacé le personnel des institutions gouvernementales. L'accent mis sur les maladies

infectieuses reflétait, dans une certaine mesure, les préoccupations des gouvernements du Nord concernant la biosécurité de leurs frontières nationales et a empêché de reconnaître la réalité selon laquelle les Africains souffrent d'un double fardeau de maladies transmissibles *et* non transmissibles. Sur l'ensemble du continent, l'allongement de la durée de vie et le changement de régime alimentaire ont entraîné une augmentation de l'incidence de pathologies telles que le diabète, les maladies cardiaques et l'hypertension, qui, en 2019, ont été à l'origine de presque autant de décès que le sida, le paludisme et la tuberculose réunis (14,9 % du nombre total de décès contre 15,5 pour cent). Cette année-là, les maladies non transmissibles telles que celles-ci représentaient 36 pour cent de tous les décès en Afrique subsaharienne, contre 24 pour cent en 2000. Bien entendu, cette redistribution des causes de décès ne s'explique pas seulement par le fait que des maladies comme le diabète sont devenues plus courantes en Afrique, mais aussi par l'amélioration de la prévention et du traitement de maladies comme le sida et le paludisme.

En outre, pour des pays comme le Ghana, l'aide étrangère a permis de reconstruire des systèmes entiers de santé publique et de développer considérablement la formation de spécialistes. L'Ouganda, en particulier, a profité de la reconnaissance internationale de son succès dans la lutte contre le sida pour influencer l'élaboration des politiques de santé mondiales. En outre, l'ère de la 'projectification' a coïncidé avec un nouvel intérêt pour la 'santé pour tous'. Pionnière dans des pays comme le Ghana et le Rwanda, l'assurance maladie communautaire a relancé l'objectif de la couverture sanitaire universelle. En 2012, 92 pour cent des Rwandais avaient adhéré à son régime d'assurance contributif, qui promettait d'éradiquer l'appauvrissement que les frais d'utilisation de la poche risquaient toujours d'entraîner, et de réduire la marginalisation des pauvres grâce à des taux d'abonnement subventionnés. D'autres expériences similaires ont eu du mal à retenir les membres et à limiter la demande. L'ambition qui a marqué les premières années d'indépendance a été partiellement renouvelée, mais la fragilité des systèmes de santé face à des chocs tels qu'Ebola et la priorité donnée aux intérêts nationaux plutôt qu'à la santé mondiale lors de la pandémie de COVID-19 doivent tempérer l'optimisme.

9. Conclusion

La place centrale de la santé dans l'histoire de l'Afrique est évidente. Sur le plan économique, les sociétés africaines précoloniales géraient généralement les risques liés à l'agriculture et au commerce par des rituels de guérison. Les politiques médicales des empires européens étaient intimement liées aux préoccupations fondamentales de l'économie coloniale, telles que la productivité, l'offre de main-d'œuvre et les recettes fiscales. Les fluctuations de l'attitude des gouvernements postcoloniaux à l'égard de l'investissement public peuvent être retracées à travers leurs stratégies sanitaires fluctuantes. Les préoccupations liées à la maladie ont également été au cœur de la vie religieuse - depuis les tambours d'affliction précoloniaux jusqu'aux églises de guérison contemporaines, en passant par la médecine missionnaire - et de la politique. Les

épidémies ont longtemps été considérées sur le continent comme une menace pour la stabilité, mais aussi comme une opportunité d'émancipation.

On l'a vu clairement pendant le COVID, lorsque la pandémie a été utilisée pour justifier la fermeture des partis politiques d'opposition dans plusieurs pays. Le COVID a également renforcé les inégalités en matière de santé au niveau mondial, notamment en ce qui concerne l'accès aux vaccinations, et il est probable qu'il ait accru la mortalité en raison de l'aggravation de la pauvreté et de l'interruption de l'accès aux traitements médicaux pour d'autres maladies. De nombreux pays africains semblent avoir obtenu de meilleurs résultats que les pays riches en ce qui concerne l'élaboration d'une stratégie cohérente de lutte contre le coronavirus et l'acceptation par la population des restrictions nécessaires. Mais les données manquent pour l'instant pour savoir si ces résultats se sont traduits par une baisse substantielle de la surmortalité. Néanmoins, il existe de nombreux autres points positifs sur lesquels il convient de se concentrer, avec l'introduction récente d'un vaccin efficace contre le paludisme infantile, la récupération rapide de l'espérance de vie grâce aux médicaments contre le sida, comme le montre la figure 3, et l'augmentation substantielle des dépenses de santé sur l'ensemble du continent depuis l'an 2000. La question de savoir comment le continent s'adaptera économiquement à la croissance démographique et au vieillissement prévus dans les décennies à venir est fascinante. On peut espérer que l'histoire de la résilience et de l'adaptation aux nouveaux défis constituera un héritage sur lequel les États africains pourront s'appuyer.

Questions à étudier

1. Pourquoi l'Afrique, berceau de l'humanité, a-t-elle eu une densité de population plus faible que les autres continents au cours des derniers millénaires?
2. En quoi les priorités sanitaires des communautés africaines précoloniales différaient-elles de celles des États coloniaux?
3. Comment les politiques de santé ont-elles été influencées par les stratégies économiques au cours du siècle dernier?
4. Quels sont les facteurs qui ont le plus contribué à réduire la mortalité en Afrique pendant la période coloniale?
5. En quoi les schémas de maladie et de mortalité diffèrent-ils en Afrique aujourd'hui par rapport à l'hémisphère nord?

Lectures suggérées

Doyle, Shane (2013). *Before HIV: Sexuality, Fertility and Mortality in East Africa, 1900–1980*. Oxford: Oxford University Press.

- Doyle, Shane, Felix Meier zu Selhausen, and Jacob Weisdorf (2020). The blessings of medicine? Patient characteristics and health outcomes in a Ugandan mission hospital, 1908-1970. *Social History of Medicine* 33(3): 946-980.
- Feierman, Steven et al. (2010). Anthropology, Knowledge-flows and Global Health. *Global Public Health* 5(2): 122-128.
- Frankema, Ewout (2015). The Biogeographic Roots of World Inequality. Animals, Disease and Human Settlement Patterns in Africa and the Americas before 1492. *World Development* 70: 274-285
- Hunt, Nancy (2013). Health and Healing. In John Parker and Richard Reid (eds.), *Oxford Handbook of Modern African History*. Oxford: Oxford University Press.
- Janzen, John M. (1987). Therapy Management: Concept, Reality, Process. *Medical Anthropology Quarterly* 1(1): 68–84.
- Lowes, Sara, and Eduardo Montero (2021). The Legacy of Colonial Medicine in Central Africa. *American Economic Review* 111(4): 1284-1314.
- Moradi, Alexander, Gareth Austin and Joerg Baten (2013). Heights and Development in a Cash-Crop Colony: Living Standards in Ghana, 1870-1980. [AEHN Working Paper 7](#).
- Packard, Randall M. (1993). The Invention of the ‘tropical worker’: medical research and the quest for Central African labor on the South African gold mines, 1903–36. *Journal of African History* 34(2): 271-292.
- Vaughan, Megan (1994). Healing and Curing: Issues in the Social History and Anthropology of Medicine in Africa. *Social History of Medicine* 7(2): 283-295.

A propos de l’auteur



Shane Doyle est professeur d’histoire africaine à l’université de Leeds, au Royaume-Uni, et l’un des rédacteurs en chef du *Journal of African History*. Il a précédemment travaillé pour l’université de Cambridge et l’Institut britannique en Afrique de l’Est. Ses recherches portent sur l’histoire de la démographie, des maladies et de la sexualité.