

**DIVERSITE DES FORMES DE PRODUCTION DES
SERVICES DE SANTE EN MILIEU URBAIN AU
BRESIL ET DISCRIMINATION SOCIALE :
LE CAS DES VILLES DE CAMPINA GRANDE (PB)
ET LONDRINA (PA) ***

R. LADEFROUX et M. ROCHEFORT

Les profonds changements survenus, surtout à partir de 1955, dans la structure de la formation sociale brésilienne, basée à la fois sur une industrialisation rapide, une très forte croissance urbaine et l'essor d'un capitalisme agraire moderne, ont entraîné une intervention toujours accrue de l'Etat dans l'organisation des services de santé ; le système antérieur reposait sur la relation directe entre clients et services, la médecine moderne dans sa forme libérale répondant aux besoins de la bourgeoisie, et les médecines traditionnelles étant utilisées par le reste de la population ; il se trouva dépassé par le surgissement et la montée très rapide de deux nouvelles couches sociales. En effet, d'une part, la progression de la classe moyenne et de la population «aisée» appelait une multiplication des équipements modernes de diagnostic et de soins qu'en raison de leur coût, la médecine libérale ne pouvait assumer sans l'aide de l'Etat. D'autre part, l'ampleur des emplois urbains permanents à faible rémunération, puis des emplois ruraux similaires, a provoqué la formation d'une masse de population qui ne pouvait rester à l'écart de la médecine moderne, pour la simple nécessité de sa reproduction, mais dont l'accès aux services de santé était conditionné par la mise en place d'une politique de prévoyance sociale.

* Cette communication présente l'état de la question jusqu'en 1982, date à laquelle ont été effectuées les dernières missions de terrain.

I. LE SYSTEME ACTUEL DE SANTE AU BRÉSIL : UN SYSTEME COMPLEXE COMPORTANT UN SECTEUR OFFICIEL ET UN SECTEUR PRIVE HETEROMORPHE DE LA MEDECINE.

Amorcée dès les années 1930, cette politique de Prévoyance Sociale ne trouve sa pleine réalisation qu'à partir de 1967, avec la création de l'Institut National de la Prévoyance Sociale (INPS), devenu en 1977 l'Institut National d'Assistance Médicale de la Prévoyance Sociale (INAMPS) qui, par la fusion en un seul organisme de toutes les Institutions de Prévoyances mises en place progressivement au cours de la période antérieure par les diverses branches professionnelles, consacre l'unification et l'égalisation des droits des travailleurs urbains aux prestations sociales. Quant aux travailleurs ruraux, leur droit à l'assistance médicale de la Prévoyance Sociale n'a été instauré qu'en 1971, au sein d'un organisme dénommé FUNRURAL, et avec des modalités plus contraignantes encore que celles auxquelles sont soumis les assurés de l'INAMPS.

Financé par les cotisations conjointes des salariés et des employeurs (à raison, pour chacune des parties, de 8 % de la rémunération de l'assuré avec un plafonnement fixé à vingt salaires minimum), l'INPS couvrait, dès sa mise en place, une proportion de la population bien supérieure à celle du système antérieur, et l'éventail des ayants-droit n'a cessé de s'élargir au cours des années. Toutefois, une part de la population effectivement active, mais employée dans les «petites activités», «petits commerces» et «petits ateliers» ou travaux domestiques, reste à l'écart du bénéfice de la Prévoyance Sociale, faute de la délivrance par l'employeur de la carte de travail, indispensable à l'ouverture du droit à un an de garantie pour le salarié et les personnes à sa charge.

Les prestations sont de deux sortes : tout comme les anciennes Institutions de Prévoyance, l'INAMPS donne droit à une retraite, mais le système sur ce point reste discriminatoire, car il tient compte des revenus de la vie active. En revanche, tout assuré a droit à l'assistance médicale gratuite et le principe de l'égalité des prestations est absolu. Les hospitalisations effectuées dans les établissements propres à l'INAMPS ou agréés par lui sont totalement à la charge de cet organisme et durant le séjour du malade à l'hôpital, mais seulement durant cette période, les médicaments lui sont fournis gratuitement. Par contre, les traitements ambulatoires ne sont pas assurés.

Cette assistance officielle soumet les bénéficiaires à de lourdes contraintes : ainsi, pour consulter est-il indispensable de présenter un «fiche de consultation», retirée au siège urbain de l'administration de l'INAMPS, dont la distribution est limitée en fonction des disponibilités en médecins. Pour les obtenir, il faut généralement se mettre dans une file d'attente, souvent en voie de formation dès trois heures du matin..., contrainte si courante qu'elle a «créé un emploi», celui de remplaçant de file !

Pour fournir cette assistance médicale, l'INAMPS a regroupé en son sein tous les services médicaux ambulatoires et hospitaliers des anciennes institutions de prévoyance de la période antérieure, afin de disposer de services lui appartenant en propre. Mais ceux-ci sont nettement insuffisants pour lui permettre de faire face à ses obligations : en 1978, l'INAMPS n'était propriétaire, pour tout le Brésil, que de 41 hôpitaux totalisant

10.345 lits ⁽¹⁾, alors qu'il a dû fournir, durant cette même année, 9.658.055 hospitalisations dont 80 % concernaient la clientèle urbaine ⁽²⁾. Les mêmes problèmes d'équipements se présentent pour les dispensaires, l'INAMPS n'en possédant que 8.100 en 1978, pour 145.411.612 consultations cette même année, dont près de 90 % destinées à la clientèle urbaine. Cette carence en équipements de l'INAMPS est considérablement aggravée par les déséquilibres spatiaux de leur répartition : toujours suivant l'IBASE, la région Sud-Est détient 71 % des lits de l'INAMPS et 57 % des dispensaires, alors qu'elle abrite seulement 40 % des brésiliens.

Pour répondre à ses obligations, l'INAMPS a passé convention avec les hôpitaux publics (de la Fédération, des Etats et des Municipalités) et les hôpitaux universitaires, auxquels il verse une subvention mensuelle. Celle-ci est évaluée au nombre de sorties effectuées dans le mois considéré et suivant le type de services concernés, mais sans égard au temps d'hospitalisation et au traitement dispensé. Vu la qualité des soins fournis dans ces hôpitaux généralement très bien équipés et le mode de rétribution, l'INAMPS leur envoie les cas les plus complexes et les plus longs, donc les plus coûteux.

Mais de toutes façons, le réseau de santé public brésilien est nettement insuffisant pour satisfaire aux obligations de l'INAMPS. C'est que la volonté politique d'élargissement du marché de la santé ne s'est pas accompagnée de l'intention d'amplifier le secteur public, mais s'est basée sur le développement du secteur privé de la médecine, en lui fournissant la clientèle des couches sociales à revenus fixes mais insuffisants pour l'accès à la médecine libérale.

L'INAMPS a donc passé convention avec des médecins et établissements de santé privés, rétribués à l'«unité de service» suivant un tarif établi pour chaque acte médical. Il s'est également déchargé de ses obligations en passant des conventions avec des syndicats pour leur faire assumer l'assistance médicale de leurs adhérents moyennant une subvention mensuelle ou la rémunération de médecins engagés à cette fin par «unité de service». Enfin, l'INAMPS a encouragé, par des subventions, les entreprises à constituer en leur sein un service médical ou à passer contrat avec un «cabinet de médecine de groupe» ⁽³⁾.

Bien que la rémunération des prestations au titre de l'INAMPS soit bien inférieure à celle de la médecine libérale, la masse de clientèle constituée par les assurés sociaux a donc permis l'essor du secteur privé, et le passage, en moins de vingt ans, d'une médecine à dominante libérale à une médecine capitaliste.

Cependant, malgré son rôle déterminant dans la structure du système de santé brésilien, la Prévoyance Sociale n'est pas parvenue à couvrir ou à satisfaire l'ensemble de la population brésilienne.

(1) *Institut Brésilien d'Analyse Sociale et Economique (IBASE). Saude e Trabalho no Brasil. Ed. VOZES. PETROPOLIS. 1982. P. 67.*

(2) *Institut Brésilien de Géographie et de Statistiques (IBGE). Anuario Estatístico do Brasil. 1981. p. 145.*

(3) *Au Brésil, entreprises médicales spécialisées dans la prestation contractuelle de services médicaux aux entreprises industrielles ou tertiaires, moyennant un paiement mensuel fixe par travailleur inscrit, indépendamment du nombre et du type d'interventions médicales fournies durant la période de validité des contrats.*

D'abord, plus de 20 % de citoyens brésiliens, parmi les plus pauvres, ne bénéficient pas de l'INAMPS, faute d'emploi stable déclaré. Pour cette population «flottante» vivant des «petits métiers» du secteur informel, la puissance publique a agi de façon plus ponctuelle, par la mise en place d'institutions liées au Ministère de la Santé, distinct du Ministère de la Prévoyance Sociale. Elle lui fournit les premiers soins, peu coûteux, pour les petits accidents ou maladies bénignes, en implantant des «centres de santé» relativement équipés mais peu nombreux et localisés au centre des villes, et surtout, des «postes de santé» situés au cœur des quartiers périphériques pauvres, donc plus accessibles, mais aux installations souvent très précaires. Elle lui garantit sa reproduction en multipliant les maternités pour «non assisté social» et en améliorant le rôle des accoucheuses traditionnelles par une formation sommaire. Enfin, pour les cas où il y a «péril de vie», des places pour indigents sont réservées dans les hôpitaux universitaires. Mais ces équipements pour non assurés sociaux sont très insuffisants en nombre et souvent en qualité, et massivement, cette population est abandonnée à la médecine traditionnelle.

Celle-ci revêt trois formes principales : utilisation des plantes médicinales, suivant une tradition partiellement importée du Portugal au temps de la colonisation et dont la connaissance se transmet de mères en filles, praticiens formés «sur le tas» tels que les accoucheuses et les «dentistes pratiques» (en fait, surtout «arracheurs de dents»), et enfin incantations magiques empruntées à la tradition des esclaves africains. Il arrive que l'Etat lui-même, pour pallier la carence en équipements médicaux destinés aux plus pauvres, encourage certains «professionnels» de cette médecine traditionnelle : les «dentistes pratiques» après dix ans d'exercice, ne sont plus pourchassés, même s'il n'est pas question de leur donner une existence légale. De même, la SUDENE (Superintendance pour le Développement du Nordeste) s'est préoccupée d'assurer une formation très élémentaire des «accoucheuses», afin de leur donner quelques notions d'hygiène, et leur a fourni un petit pécule et un matériel sommaire.

Enfin, les couches sociales les plus aisées, bien que souvent bénéficiaires de la Prévoyance Sociale, répugnent à se soumettre aux conditions de l'assistance médicale de cet organisme, trop contraignantes et souvent humiliantes. La fraction la plus riche dispose de la médecine libérale, très onéreuse, mais qui garantit des soins attentionnés et des égards, tant dans les cabinets de consultation des médecins que dans les chambres consacrées au secteur hospitalier libéral, présentes dans tous les hôpitaux et cliniques.

Cette médecine libérale reste trop coûteuse pour les couches sociales à revenus moyens qui pourtant rejettent les conditions de l'INAMPS. Aussi, l'initiative privée, celle du corps médical lui-même, a-t-elle récupéré cette clientèle en créant une coopérative de soins, l'UNIMED, qui moyennant cotisation, permet à ses assurés d'accéder à des soins gratuits ; ceux-ci, limités en nombre et en durée pour les consultations, mais non pour les hospitalisations, sont comparables à ceux de la médecine libérale.

Toutefois, ces règles communes qui régissent l'organisation de la santé au niveau du territoire brésilien tout entier n'engendrent pas une uniformité dans la forme de production et le fonctionnement des services de santé, qui sont également fortement

influencés par les données socio-économiques du cadre régional dans lesquelles ils s'insèrent.

II. LES PARTICULARITES REGIONALES DES FORMES DE PRODUCTION ET DE FONCTIONNEMENT DES SERVICES DE SANTE AU BRESIL : L'EXEMPLE DES VILLES DE CAMPINA GRANDE (PARAIBA) ET DE LONDRINA (PARANA).

La comparaison des services de santé des deux cités, qui permet certes de dégager des similitudes évidentes du fait de la législation nationale en vigueur, met également en relief des différences inhérentes au cadre régional propre à chacune.

Seconde ville de l'Etat Nordeste de Paraíba et centre de production de biens et de services relativement important, Campina Grande n'en porte pas moins les marques de sous-développement consécutives à sa localisation dans une zone de pauvreté et de tradition liée à un peuplement relativement ancien : bon nombre de ses activités relèvent du secteur informel, l'industrie y est insignifiante et environ 80 % de ses 229.000 habitants (1980) vivent au seuil de la pauvreté.

Au contraire, Londrina, seconde ville de l'Etat du Parana, troisième municipale de la Région Sud⁽¹⁾, « capitale mondiale du café » de la fin des années 1930, située au cœur d'une zone agricole prospère, ne bénéficie pas seulement d'activités commerciales de qualité, mais également d'une infrastructure industrielle importante ainsi que d'un dynamisme démographique alimenté aux sources de l'immigration européenne et japonaise récente. Dans ce contexte, la misère n'est certes pas absente, mais les couches moyennes et aisées y sont beaucoup plus importantes qu'à Campina Grande.

Aussi, bien que les Institutions concourant à la mise en place des services de santé soient les mêmes dans les deux villes (Ministère et Secrétariats d'Etats à la Santé, Municipalités, INAMPS, UNIMED, Syndicats, etc...), la part dévolue à chacune diffère nettement, en fonction d'une logique de rentabilité maximale du secteur privé.

Certes, la mise en place de l'INAMPS, grâce à l'augmentation de la clientèle potentielle de la médecine moderne, a contribué à la croissance très rapide, tant en nombre d'établissements qu'en capacité de ceux-ci, des services de santé, mais leur nature diffère sensiblement d'une ville à l'autre : à Londrina, la prospérité économique et la présence relativement ample de couches sociales aisées, voire très aisées, expliquent l'épanouissement d'un secteur hospitalier uniquement privé dont une grande partie est en vérité composée d'établissements « charitables » sans but lucratif, mais qui n'en obéissent pas moins aux règles de la gestion capitaliste et sont capables d'équilibrer leur budget et d'autofinancer leurs agrandissements successifs (ce qui n'était pas le cas avant 1967). A Campina Grande au contraire, le secteur public est bien représenté, par un hôpital propre à l'INAMPS, une maternité municipale et un Hôpital Universitaire à statut public accueillant les indigents, nombreux dans cette ville. La réputation de ce

(1) Composée des trois Etats du Parana, Santa Catarina et Rio Grande do Sul.

dernier est d'ailleurs remarquable, quelle que soit la couche de population interrogée à son propos, tandis qu'à Londrina, l'Hôpital Universitaire assumant les mêmes fonctions auprès des indigents, mais contrôlé par l'École de médecine à statut privé, fait l'objet de nombreuses critiques. Les hôpitaux de Campina Grande ont en général une capacité d'accueil assez importante (souvent plus de 100 lits), tandis que 10 des 18 hôpitaux de Londrina sont beaucoup plus petits (généralement moins de 50 lits). Mais des enquêtes effectuées auprès des familles révèlent que dans cette dernière ville, les hospitalisations relevant de la médecine privée, beaucoup plus lucratives que les hospitalisations conventionnées, sont beaucoup plus nombreuses, étant donné la plus forte proportion de couches sociales très aisées... un moindre taux de remplissage offre donc alors aux établissements une rentabilité satisfaisante.

D'autre part, le secteur médical s'adapte aux caractéristiques du lieu dans lequel il opère : ainsi à Londrina, la présence de nombreuses entreprises industrielles et commerciales dynamiques a conduit l'UNIMED à n'accepter que les conventions passées par les firmes en faveur de leur personnel, le volume de clients (environ 30.000 personnes en 1982) ainsi récupérés étant suffisant pour la rentabilisation de cet organisme tout en préservant la clientèle de la médecine libérale, tandis qu'à Campina Grande, les adhésions des particuliers sont également admises, et, même ainsi, le nombre d'assurés n'atteignait pas 8.000 en 1982.

L'influence du contexte économique dans lequel ils s'inscrivent joue également sur le mode de fonctionnement des services de santé. A Campina Grande, tout semble rester figé dans des structures rigides : ceux qui ne peuvent utiliser que l'INAMPS n'ont d'autre solution que de se soumettre au lent processus de cet organisme, source d'interminable attente pour la prise en charge, puis la consultation au dispensaire de l'INAMPS ou à celui d'un hôpital auprès de médecins conventionnés. A Londrina persistent certes bien des contraintes et des humiliations à surmonter pour recourir aux prestations de l'INAMPS, mais cet organisme tente des adaptations visant à rapprocher ses services de la population : dans les périphéries urbaines, des médecins «accrédités» (credenciados) peuvent fournir l'assistance médicale de l'INAMPS dans leur propre cabinet de consultations ; mais les patients n'étant pas dispensés pour autant de tirer la fiche de prise en charge auprès de l'administration subissent la file d'attente, puis doivent se soumettre aux disponibilités du médecin qui ne consacre qu'une heure ou deux par jour à ce type de consultations. Plus pratique est le recours aux 21 médecins «autorisés» (autorizados), généralistes, pédiâtres et gynécologues, qui reçoivent les malades à jours et heures fixes dans les locaux communautaires de sept quartiers périphériques pauvres de la ville : ils peuvent en effet dresser eux-mêmes la fiche administrative, à l'issue de l'acte médical.

Il convient de noter que le rôle des syndicats est beaucoup plus important à Londrina qu'à Campina Grande, car ils assurent un meilleur rendement et un meilleur contrôle de la force de travail, dans une ville où l'activité économique intense s'accommode mal des pertes de temps infligées par l'INAMPS aux travailleurs malades. Pour les mêmes raisons, l'implantation d'un cabinet de médecine de groupe a rencontré un plein succès, alors qu'une telle infrastructure est absente à Campina Grande.

D'une façon générale, même pour les structures médicales réservées aux «pauvres», non assurés de l'INAMPS, la médecine ambulatoire est beaucoup plus développée et facilitée à Londrina qu'à Campina Grande : aux impératifs économiques se joignent des enjeux politiques pour favoriser la multiplication des services ambulatoires, centres et postes de santé relevant notamment du Secrétariat à la Santé de l'Etat du Parana et de la Municipalité, enjeux politiques eux-mêmes liés à un contexte culturel plus dynamique que celui de la zone nordestine de Campina Grande : en effet, la zone d'immigration récente qu'est le Sud brésilien est beaucoup plus ouverte aux luttes revendicatives que le Nordeste sur lequel pèsent des siècles de tradition et de mise à l'écart des couches populaires dans les options politiques et économiques et où les réactions devant les abus des situations établies se manifestent davantage par des éclats de révolte ponctuels que par de véritables stratégies de résistance organisée.

La profonde transformation des structures médicales consécutive au dispositif de santé mis en place depuis 1967 s'est accompagnée de modifications importantes des conditions d'exercice de la profession de médecin. Rares sont ceux qui peuvent actuellement pratiquer la «médecine libérale pure» qui prédominait au début des années 1960. Rapidement s'est créée une hiérarchie médicale à trois niveaux principaux : au sommet, les «médecins entrepreneurs», propriétaires des moyens de production (hôpital, cabinets de médecine de groupe, etc...), en second lieu des médecins exerçant des activités «mixtes», avec une part variable de médecine libérale et d'activités salariées plus ou moins nombreuses, et enfin, les débutants qui, dans un marché de l'emploi débordé par la multiplication des formations médicales, tentent de s'y faire une place en se pliant à des emplois souvent très mal rémunérés, voire gratuits, pour se faire connaître. Dans les deux villes de notre étude, le marché du travail semble aussi encombré. mais certains commentaires recueillis à Londrina permettent de penser que l'insertion dans la profession y est encore plus fermée qu'à Campina Grande, car le corps médical installé paraît y avoir un contrôle encore plus rigoureux de la situation de l'emploi, du fait même que la quasi totalité des établissements appartiennent au secteur privé.

III. L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE EN FONCTION DES DISCRIMINATIONS SOCIALES ET LES PARTICULARITES REGIONALES.

La comparaison entre les deux villes s'avère également très intéressante en ce qui concerne l'utilisation des services de santé par les diverses couches sociales. Certes, dans les deux villes, cette utilisation comporte des similitudes, qui expriment bien «l'adaptation» du système aux catégories sociales en présence : les indigents s'adressent aux centres et postes de santé et sont dirigés, si besoin est, vers l'Hôpital Universitaire ; les actifs déclarés à bas revenus se plient aux contraintes de l'INAMPS faute de pouvoir accéder financièrement à de meilleurs services ; les personnes à revenus moyens sont les principaux bénéficiaires et utilisateurs de l'UNIMED et les couches sociales très aisées recourent le plus souvent à la médecine libérale. Mais celle-ci a un champ d'action plus vaste à Londrina qu'à Campina Grande, notamment en ce qui concerne les hospitalisations, très onéreuses dans ce contexte. En effet, si dans les deux villes, la population aisée utilise généralement les consultations «libérales», à Campina Grande,

ce type d'hospitalisation est moins fréquenté qu'à Londrina : souvent, les couches sociales aisées de cette ville demandent la couverture INAMPS pour les soins, mais payent directement à l'hôpital le complément nécessaire pour accéder à une chambre ou à un appartement ⁽¹⁾ particuliers dont disposent tous les établissements, même publics. Dans les cas très graves, la population riche n'hésite pas, bien souvent, à recourir aux services spécialisés de plus grandes villes, Recife, et, même pour les Nordestins, Rio de Janeiro ou São Paulo.

La médecine traditionnelle est beaucoup plus utilisée à Campina Grande, ville nord-estine où la grande pauvreté jointe aux difficultés de recours aux services de la médecine moderne explique sa faveur auprès des couches populaires les plus pauvres et où la tradition culturelle est si forte que même les couches sociales les plus aisées ne dédaignent pas d'utiliser les plantes ou d'appeler une «rezadeira», femme des couches populaires prétendant «écarter le mauvais oeil» par ses prières, en association avec la médecine moderne. A Londrina au contraire, même les pauvres n'utilisent que très peu cette médecine traditionnelle, y compris l'usage des plantes médicinales.

CONCLUSION

On assiste donc au Brésil, sous l'impulsion des changements de structure de la formation sociale, à une modification des rapports entre les formes de production des services de santé.

A la juxtaposition simple entre médecine moderne et médecine traditionnelle se substitue une articulation complexe où la médecine traditionnelle, toujours présente, joue un rôle différent selon les catégories sociales et selon les cultures régionales. A la médecine libérale s'ajoutent des formes variées de production dans le secteur moderne de la santé, médecine de groupe, coopératives de médecins, cliniques-usines, médecins salariés, etc... qui s'articulent différemment selon les catégories sociales des usagers.

Ces conclusions générales ne doivent pourtant pas masquer le rôle diversifiant du facteur régional. Dans le Nordeste brésilien, grande région de pauvreté et de réserve de force de travail pour le Sud-Est du pays, la prévoyance sociale aide davantage la petite fraction de gens aisés, mais ne se préoccupe guère que de la reproduction végétative de la population en marge du secteur des «emplois permanents». Dans le Sud-Sud-Est, zone centrale de la production industrielle, bien que Londrina n'en soit sans doute pas le meilleur exemple, les riches peuvent plus facilement assumer leurs besoins en services de santé dans le libre jeu de la médecine capitaliste, mais la puissance publique fournit une aide plus significative à tous les niveaux de la pauvreté urbaine, veillant ainsi plus globalement à la reproduction de la force de travail.

A ces différences socio-économiques s'ajoutent les éléments culturels de diversification : dans le Nordeste, on reste dans l'ensemble plus attaché à la médecine traditionnelle qui, pour les pauvres, pallie un peu l'insuffisance de la Prévoyance Sociale.

(1) Composé d'une chambre pour le malade et une pour une personne de sa famille, plus une salle de bains.