

# Chapitre introductif

## Penser le droit à la santé au temps de la pandémie

**Maher Hanin**

Les images des Tunisiens et Tunisiennes euphoriques entre le 17 décembre 2010 et le 14 janvier 2011, alors qu'ils et elles défiaient la police en marchant et en se rassemblant dans toutes les places publiques pour exiger le départ de Ben Ali, ont cédé la place, en mars 2020, aux images tragiques de files d'hommes et femmes se bousculant et se tassant devant les bureaux de poste ou de délégués pour recevoir l'aide publique exceptionnelle octroyée par le Gouvernement aux catégories sociales les plus impactées par le confinement général de la première vague de la Covid 19.

Avec l'avènement de la pandémie, et face à ces images, les responsables et les dirigeants gouvernementaux répétaient en leitmotiv que « la pandémie nous a mis à nu ». Les observateurs et les commentateurs, quant à eux, ne cessaient de soulever la question percutante mais souvent éludée : « vivons-nous tous et toutes dans le même pays », « y a-t-il une seule Tunisie ou bien deux : celle des établis, des inclus, et, celle des exclus, des vulnérables et des pauvres ? ».

La Révolution a bien eu lieu en Tunisie, mais la transition piétine et les conditions d'existence inégales en demeurent l'angle mort. La figure du « zawali », avec ses multiples significations, est de retour en ce moment de crise. L'exception tunisienne, souvent vantée par une partie de la population, est réellement mise à l'épreuve et ce qui a été révélé par la crise de la Covid 19 montre à quel point les droits humains sont liés les uns aux autres, et, comment le droit à la santé ne peut être dissocié du socle des droits et de l'égalité de tous et de toutes face à ces droits, universels et indivisibles.

La Tunisie du 14 janvier, du compromis entre élites politiques et acteurs sociaux et celle du prix Nobel de la Paix, en cache une autre, celle des inégalités, des discriminations, de la marginalité et de la précarité, reconnus désormais par tout le monde et pourtant on reste passifs pour les réduire.

Les masques sont très vite tombés, et les chiffres officiels dont l'ancien régime a toujours œuvré à en montrer les avancées et avec lesquels la propagande n'arrêtait pas à nous rabâcher les oreilles pour mettre en exergue le recul de la pauvreté, avec 21 % selon les dernières statistiques. La pauvreté s'avère réellement un mal social, et ce bien avant la crise sanitaire et ce mal endémique.

En plus de cela, la crise multiforme où est engouffré le pays a aussi lourdement affecté les déficits, la dette, et les stratégies de financement de l'économie, montrant ainsi les limites d'une gouvernance publique boiteuse. En plus de la pandémie, la Tunisie souffre d'un ébranlement des institutions et d'un déficit de confiance.

Les efforts pour y remédier deviennent vitaux et urgents pour dépasser ces moments de crise tel que nous les vivons depuis mars 2020. Car, il s'agit de sauver des âmes humaines qui risquent leurs vies sous les effets de la faim, du froid, de la perte des revenus ou, de la maladie.

C'est dans ce contexte de crise que cet ouvrage collectif du FTDES de et la FIDH prend tout son sens, son objet étant dicté par cette fracture sociale criante que la crise sanitaire a rendu visible pour tous et toutes.

## **1. Par-delà la pandémie, une mondialisation en crise**

En effet, l'introduction que nous avons choisi pour cet ouvrage, à savoir « le droit à la santé au temps de la Covid 19 : quand les inégalités font souffrir et tuent », tire sa raison d'être de la réalité tunisienne, elle-même déterminée par la géopolitique et le contexte mondial.

Rappelons avant tout que la crise de la Covid 19 est une crise planétaire. Elle vient souligner non sans virulence que le respect du droit à la santé dépend du respect de tous les droits humains. Nous lisons dans l'article 22 de Déclaration Universelle des droits Humains " Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays ".

En effet, pour prouver le respect du droit à la santé en faveur de leurs populations, les gouvernements du monde entier se sont trouvés face à des problèmes

structurels et institutionnels qui minent la santé des citoyen.nnes, au premier rang de celles et ceux qui vivent dans les conditions les plus précaires. La communauté internationale se mobilisait déjà, sous l'égide de l'OMS et du Haut-Commissariat des droits de l'Homme, comme en atteste le Rapport du groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits de l'homme, de la femme, des enfants et des adolescents « Réaliser les droits de l'Homme à la santé et par la santé », publié en 2017.<sup>6</sup>

En pleine tempête mondiale due au Virus SARS-CoV-2, qui se propage et frappe durement et inégalement, l'acharnement de certains dirigeants à ne rien faire ou à nier l'ampleur du danger, a vite mené au discrédit de ces acteurs politiques, face au nombre de morts et de malades hospitalisés et des personnes âgées, vulnérables et souffrantes, sans pouvoir accéder aux soins.

L'humanité entière s'est trouvée pour la première fois de son histoire, et dans un laps de temps très court, face à sa conscience morale de devoir choisir entre la vie ou la bourse, entre le sauvetage des économies ou la protection contre le virus. La conscience humaine gardera en mémoire le nom du docteur chinois Li Wenliang, le lanceur d'alerte arrêté par les autorités de son pays pour avoir répondu à son devoir moral, avant de perdre lui-même la vie, emporté par la maladie. Nous garderons aussi en mémoire les déclarations de Trump et de Bolsonaro, pour ne citer qu'eux, appelant leurs populations à négliger le danger.

La tension que nous vivons de nos jours entre le droit universel à la santé, et les intérêts économiques des Etats, des marchés et des intérêts commerciaux, n'est pas née avec cette crise. Elle est en réalité inhérente à la géopolitique de la santé mondiale depuis l'époque moderne.<sup>7</sup>

Cependant, les dirigeants du monde libre de l'après-guerre ont failli : la Bourse domine la danse, et l'intérêt pour l'argent compte beaucoup plus que la vie, la santé et la sauvegarde de la nature.

Il va sans dire aujourd'hui que nous sommes à la croisée des chemins suite à une pandémie qui bouleverse les sociétés du monde entier, et nous pousse à une

---

<sup>6</sup> [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/ReportHLWG-humanrights-health\\_FR.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/ReportHLWG-humanrights-health_FR.pdf)

<sup>7</sup> Voir <https://gresea.be/Les-systemes-sanitaires-face-a-la-marchandisation-de-la-sante>

profonde réflexion concernant nos priorités, nos modes de vie, nos organisations sociales et l'état de notre planète.

Il était clair que le monde vivait depuis des années avec une poly-crise qui renvoie à la catastrophe écologique, aux guerres, aux montées des violences. La crise de 2008 a sonné le glas d'un libéralisme mondialisé et triomphant, après la chute du mur de Berlin. Depuis, une accélération de la globalisation s'est produite, donnant lieu à la fin de la géographie, l'abolition des frontières et le démantèlement de l'Etat providence et de ses filets de protection sociale.

Pour le sociologue américain Immanuel Wallerstein<sup>8</sup>, le système-monde est de nos jours engrené. C'est à partir des années soixante-dix que l'analyse de système-monde est devenue une perspective intellectuelle ouvertement pensable. Cette approche impliquait essentiellement la substitution d'une unité d'analyse appelée « système-monde » à la classique unité d'analyse de l'Etat national.

Face à cette dérive néolibérale, et ses coûts sociaux et écologiques, les peuples se sont révoltés. En effet, le mouvement altermondialiste, depuis Gênes, puis Seattle, Porto-Alegre et les dynamiques des forums sociaux mondiaux, ont constitué des lieux d'incubation d'une résistance mondiale, avant d'arriver aux soulèvements des peuples de la région arabe déclenchés en 2011 en Tunisie et qui connaissent une deuxième vague avec les Hiraks algérien, libanais, irakien, et l'insurrection soudanaise. Ajoutons à cela le mouvement « Occupy Wall Street », aux Etats-Unis, les Indignés espagnols, et les Gilets Jaunes en France, sans oublier la Biélorussie, la Thaïlande, Hongkong et Myanmar, le Chili, le Pérou et la Bolivie. Nous sommes dans un océan de colère et d'indignation mondial. Sans exagération, nous vivons l'une des plus grandes vagues de résistance non-violente de l'Histoire moderne.

C'est donc dans ce moment de doute et d'incertitude que l'humanité accueille ce virus, et du coup, tout est appelé à être remis en question : notre rapport au temps, aux autres, à la nature, et également nos rapports avec ceux qui nous gouvernent.

Devrait-on dire, et avec force, que l'humanité entière ne peut plus continuer à vivre comme avant, que le danger est réel et qu'il n'est plus permis de le minimiser ? Les Etats veulent-ils réellement nous protéger ? En ont-ils les moyens ou veulent-ils

---

<sup>8</sup> Immanuel Wallerstein, Comprendre le monde, introduction à l'analyse des systemes-monde , traduction Camille Horsey, La découverte 2006

juste nous surveiller et nous priver de liberté ? La pandémie a remis ainsi les pendules à l'heure pour un débat mondial libre.

La réponse du philosophe français Jean-Luc Nancy à Giorgio Agamben illustre cette nouvelle réflexivité philosophique et critique animée par la crise sanitaire. « Il ne faut pas se tromper de cible, disait Nancy, une civilisation entière est en cause, cela ne fait pas de doute. Il y a une sorte d'exception virale – biologique, informatique, culturelle – qui nous "pandémise." Les gouvernements n'en sont que des tristes exécutants et s'en prendre à eux ressemble plus à une manœuvre qu'à une réflexion politique. »

Si on suit Nancy, ce virus n'est pas la responsabilité des gouvernants et leurs démarches pour l'endiguer par le confinement et la limitation des libertés ne cachent pas nécessairement des intentions antidémocratiques. Néanmoins, et c'est le plus intéressant chez Nancy, c'est de s'arrêter sur ce qu'il appelle « l'exception virale multiforme » qui nous interpelle. De jour en jour, nous nous rendons compte du malaise de notre civilisation dominée par l'argent, la technique et la quête immorale du profit.

En effet, et depuis la nuit des temps, les virus, les pandémies et les bactéries se propagent parmi les populations humaines car ils profitent de notre vocation à tisser des rapports sociaux, sauf que jamais, un virus invisible n'a obligé au moment de la première vague trois milliards de personnes en même temps à ne plus bouger de chez eux et à vivre dans des frontières de plus en plus fermées.

Une leçon vient ainsi d'être tirée et renverse les prédicats de la modernité comme progrès et domination de la nature. Elle concerne la cosmopolitique dans notre monde du concret où nous découvrons notre vulnérabilité comme des vivants dans un monde peuplé d'autres êtres, plantes, animaux, virus etc... Il n'est ainsi plus permis de nous penser comme des exceptions dans le monde et des maîtres et possesseurs de la nature. Plus encore, il s'agit d'un tournant dans lequel "il faut agir dans le savoir explicite de notre non-savoir" comme l'a déclaré Jürgen Habermas au début de la crise.

Cependant, si l'universalité du virus est bien réelle, ses effets se révèlent être différenciés entre Etats riches et pauvres, et à l'intérieur des Etats, entre les groupes sociaux. Plus explicitement, la crise a déstabilisé le prétendu ordre mondial, souvent présenté comme facteur d'homogénéisation. Le processus de globalisation s'est avéré, avec la pandémie, vain, et ce sont plutôt les différenciations sociales, le retour des nationalismes sanitaires et le chacun pour soi et des frontières, qui ont refait surface.

La question est donc maintenant de penser cette crise dans son contexte mondial, à travers le prisme des inégalités qui fait qu'elle soit vécue selon des degrés différents et avec des impacts différents, en rapport avec la maladie, les confinements et les arrêts des activités économiques et sociales.

## **2. La crise sanitaire comme vecteur des inégalités**

C'est d'ailleurs dans ce sens qu'en faisant le bilan d'une année de pandémie, le Secrétaire Général des Nations Unies, Antonio Guterres, a souligné que « ce sont les plus vulnérables qui ont le plus souffert. Ceux qui sont restés derrière sont encore plus laissés derrière ». Il a appelé les dirigeants du monde à « lutter contre la pandémie d'inégalités à travers un nouveau contrat social pour une nouvelle ère ».<sup>9</sup>

Nous pensons ainsi que les catastrophes en général, et celle-ci en particulier, soulèvent aussi des questions de justice. Elles nous amènent à douter de la justice non seulement divine ou métaphysique mais surtout économique, sociale et politique. L'économiste Estelle Duflot <sup>10</sup> souligne les inégalités entre Etats riches et pauvres. Les premiers ont pu s'endetter et mobiliser 20% de leur PIB pour affronter la crise, alors que les plus pauvres se sont limités à 2% et les pays émergents lui ont consacré 6 %.

Plus clairement, nous sommes plus que jamais appelés à soulever le couvercle et pointer du doigt les liens entre la mondialisation néolibérale et l'exposition inégale actuelle au virus, et les liens entre la marchandisation de la santé et les politiques d'austérité imposées par la dictature du marché néolibérale. Indiscutablement, le progrès scientifique et les recherches liées à la médecine ont donné à l'humanité la possibilité d'une santé meilleure, mais ces acquis sont inégalement partagés et les très graves inégalités devant la maladie et la mort sont révoltantes et inacceptables. Le plus scandaleux est cette détermination idéologique libérale, depuis la crise du Sida, à « marchander » la santé et l'accès aux soins, et rendre la solidarité internationale dérisoire pour apporter des traitements accessibles face à un fléau planétaire.

Or, découvrir les liens là où l'on ignorait qu'il y en eût, voilà la tâche centrale des recherches scientifiques, comme l'écrivait Norbert Elias. Ceci se traduirait ici par l'exploration des liens entre la géopolitique mondiale et le droit à la santé dans le monde, et plus précisément dans les pays pauvres. Car entre le scandale des candidats

---

<sup>9</sup> <https://www.un.org/fr/coronavirus/tackling-inequality-new-social-contract-new-era>

<sup>10</sup> France inter, 19 novembre 2020 les leçons de la pauvreté .

à la réanimation recalés faute de respirateurs, et celui d'un nouveau sauvetage des banques en 2008 (après le fameux « it's too big to fail »), il y a douze ans d'intervalle, nous rappelle Frédéric Lordon. Le temps est-il venu de se rendre à l'évidence ?<sup>11</sup>

La pandémie de la Covid 19 vient ainsi de nous alerter que l'heure de rendre compte pour le capitalisme mondial est venue, et qu'il est plus que temps de demander, qu'a-t-il fait de nos vies, de la planète, de nos services publics, depuis son tournant néolibéral qui dure et s'endurcit depuis quatre décennies ?

Cet indispensable examen critique du creuset des valeurs et institutions humaines censées être au service du progrès humain, s'impose plus que jamais, dans notre nouvelle ère humaine de l'Anthropocène, où pour la première fois de la civilisation humaine, les êtres humains sont indéniablement la force dominante qui détermine l'avenir de la planète et par là-même, de l'espèce humaine. En effet, l'Anthropocène n'est pas seulement, comme on le savait déjà, le dérèglement climatique, mais il s'avère être aussi l'âge des pandémies à répétition et des crises sanitaires encore à venir, ce qui appelle l'humanité à repenser l'économie de la santé, à rompre avec sa marchandisation créatrice d'inégalités et à approfondir et militer pour la notion des communs en réponse à ces crises sanitaires qui s'annoncent comme nouvel état permanent.<sup>12</sup>

Le médecin et philosophe Didier Fassin est ainsi très clair. Pour lui, l'idée commune selon laquelle le Coronavirus nous affecte tous sans faire de différences peut être comprise si elle est utilisée pour susciter l'adhésion de l'ensemble de la société aux nécessaires mesures de prévention. Mais, elle est profondément fautive et constitue même une illusion dangereuse car elle mène à la cécité et à l'inertie.<sup>13</sup> Le docteur Richard Horton qualifie la crise actuelle de « syndémie » c'est-à-dire une maladie causée par les inégalités sociales et par la crise écologique.<sup>14</sup>

En effet, la quête de l'équité est, sur cette base, une valeur philosophique fondamentale de la santé publique, de la santé internationale et de la santé mondiale. La promotion d'une équité sociale et économique est un thème clé de la santé mondiale. Un besoin de commun est insistant à nos jours pour répondre à l'individualisation rampante, et comme l'a noté Manuel Castells, la caractéristique

---

<sup>11</sup> Frédéric Lordon, 11 mars 2020. Le Monde diplomatique

<sup>12</sup> La pandémie, l'Anthropocène et le bien commun, Benjamin Coriat, Ed. Les liens qui libèrent, 2020

<sup>13</sup> voir Didier Fassin l'illusion dangereuse de l'égalité devant l'épidémie 16 /4 / 2020

<sup>14</sup> Barbara Stigler , de la démocratie en pandémie , tract Gallimard n 23 2021

toujours plus nette de notre époque est une intense, voire compulsive ou obsessionnelle, production de sens et d'identité : mon quartier, ma communauté, ma ville, mon école, ma rivière, ma plage, ma chapelle, ma paix, mon environnement, ma vie privée et mon corps. Soudain livrés sans défense à un typhon planétaire, les gens se sont agrippés à eux-mêmes ! Du coup, deux visions se juxtaposent : celle de vivre seul et renfermé sur soi ; ou celle de vivre avec les autres. Or, si nous prenons la deuxième voie, cela se traduirait par notre volonté et capacité de solidarité et de prendre soin d'autrui. C'est une « guerre » d'idées qu'il faut gagner ! Elle est rude car elle appelle à des mécanismes de transformation de nos modes de vie, de travail, de coopération et de nouvelles normes sociales et de meilleures incitations, qui se heurtent forcément à des différences, voire à une confrontation d'intérêts et des schémas bien établis de modes de distribution et d'exercice du pouvoir.

La pollution planétaire de l'air ou des réserves d'eau comme la production mondiale d'individus superflus et isolés vont ainsi de pair. La question devient « politisable » dès lors qu'un dépotoir pour déchets toxiques ou une maladie circule tout près de chez nous. Cette proximité est effrayante mais aussi enthousiasmante dans la mesure où elle nous met les paradoxes de notre temps devant nous et à portée de main.

La commercialisation progressive des questions de santé, effet évident d'une concurrence sans merci entre les géants supranationaux de l'industrie pharmaceutique, prend un tour politique lorsqu'un hôpital public réduit ses services ou lorsqu'une maison de retraite doit fermer pour des impératifs de rentabilité financière ou lorsque les fonds publics pour la recherche sont réduits.

Si nous ajoutons la dévastation mondiale des moyens de subsistance et le déracinement de populations établies qui provoquent des vagues de migrants économiques, ces « étrangers » mais également citoyens du monde qui revendiquent des droits de protection sociale, partout dans le monde. La question de la migration est soulevée non comme une menace identitaire mais comme accélératrice des inégalités dans les « villes-monde ».

Résumons donc les effets de la globalisation sur le droit à la santé en trois points : la probable intensification des zoonoses donc des pandémies provoquées par des contaminations de l'homme par l'animal, l'impératif de la lutte contre le changement climatique, et le besoin de construire un commun mondial.



Il est donc urgent d'atterrir, si nous voulons écouter le philosophe Bruno Latour, c'est-à-dire réaliser que nos existences n'ont pas d'autre horizon que la Terre et cesser de négliger, comme nous l'avons fait, nous « Modernes », cette condition terrestre, aussi bien dans l'organisation de nos vies que dans la construction de nos systèmes de pensée.<sup>15</sup>

### **3. La Tunisie, une pandémie en temps de transition démocratique**

Outre ce contexte mondial, la crise de la Covid 19 arrive également en Tunisie dans une conjoncture de transformations structurelles de l'exercice du droit à la santé. Consacré par la nouvelle constitution de 2014, à travers l'article 37, le droit à la santé devient ainsi un droit constitutionnel reconnu, mentionné dans d'autres articles relatifs aux mécanismes de protection pour garantir son effectivité. La nouvelle constitution consacre également des nouveaux principes et droits, tels que la redevabilité, une plus grande transparence, l'open-gov et l'approche participative et inclusive, l'égalité, la discrimination positive et la décentralisation, constituant ainsi, un nouveau socle de droits et de valeurs appelant à repenser à travers une analyse critique et un dialogue élargi les politiques publiques de la santé.

Avec l'appui de l'OMS, la Tunisie a entamé cette réflexion depuis mi-2013 à travers un dialogue sociétal qui, contexte politique oblige, a connu des retards et des blocages importants, mais qui a fini par dégager un Livre Blanc qui avait pour principales recommandations le recentrage du système autour du citoyen, la réduction des inégalités, la valorisation du secteur et la prévention des maladies et complications. En juin 2019, la Politique Nationale de Santé (PNS) à l'horizon 2030 vise à travers ses choix stratégiques et des clés de réussite, à proposer des pistes pour les changements. Le document de cette PNS fait clairement le constat d'un secteur en crise, décrivant le système national de la santé comme suit :

« Le système de santé est en rendement décroissant depuis deux décades et traverse une crise grave et durable avec des manifestations aiguës de plus en plus fréquentes. La crise fragilise les acquis et aggrave les inégalités sociales et régionales pour l'accès à des soins de qualité. Un système de soins à plusieurs vitesses, engendré par la dualité et la complexité et l'iniquité de l'offre de services. Entre un secteur public en souffrance, avec des obligations croissantes pour assurer sa mission de service public, mais des moyens limités, et un secteur privé en croissance rapide mais

---

<sup>15</sup> Patrice Manglier , Ramener sur terre les modernes un moment Latourien AOC media , 6./05/2021

inaccessible financièrement et géographiquement, une frange importante de la population se trouve ainsi exclue de l'accès à des soins de qualité. »

La crise Covid 19 atteint donc la Tunisie avec ce système de santé, subit son impact et l'impact elle-même, en nous fondant sur cette nécessité de changer nos approches et notre compréhension de la vie, du monde, de la solidarité, et dans ce contexte de changement souhaitable, intervient cet ouvrage collectif.

Il est donc à la fois une proposition de regards croisés sur les différentes dimensions de la crise à la fois globale et contingente et une mise en perspective des luttes sociales pour défendre le droit à la santé, à la protection des plus vulnérables, et les droits économiques et sociaux garants de la dignité humaine. Il sera réparti en quatre chapitres.

Dans le premier chapitre, sous le titre « Un virus inégal » l'article de Rym Haloues Ghorbel présente une lecture critique du contexte global et local de la crise sanitaire due à la Covid-19, et où il s'agit de montrer comment le droit à la santé, comme droit humain fondamental, a été altéré. De fait, le droit à la santé est en perpétuelle évolution, au prisme des contextes socioéconomiques locaux et internationaux qui imposent à repenser cet acquis, notamment sur le plan national, dans une perspective d'équité sociale.

En Tunisie, comme partout dans le monde, une grande partie de la population vit déjà dans une sévère précarité avec un pouvoir d'achat érodé face à une inflation grimpanche des prix, due à un contexte économique et politique instable, voire dégénérescent. M'hamed Ben Salah nous éclaire dans ce sens, du point de vue de l'économie politique et par les chiffres, sur la situation des inégalités en Tunisie, avant de nous démontrer le lien entre ces inégalités économiques et ces inégalités d'accès à un secteur vital et au centre des préoccupations des citoyens, qu'est le secteur de la santé.

La recrudescence des mouvements sociaux, où encore toutes les études de terrain effectuées par différents chercheurs en économie, en sociologie ou même en psychologie, laisse croire que les inégalités, ou en tout cas la perception de celles-ci, sont en hausse, que ce soit sur la période 2005-2010 que sur les cinq années qui ont suivi la Révolution. Pour comprendre ce paradoxe entre les chiffres fournis par les différentes institutions et le ressenti et la perception des populations à l'égard des inégalités, la question des inégalités en Tunisie est le plus souvent traitée sous l'angle

des inégalités régionales, une notion notamment reprise dans la Constitution tunisienne de 2014. Les gouvernorats de l'ouest et du sud du pays sont en effet généralement considérés comme défavorisés.

Pour M'hamed Ben Salah, l'auteur du deuxième article dans ce chapitre, et s'il est indéniable que la majorité des indicateurs socio-économiques sont, en moyenne, plus faibles dans ces régions, une analyse plus approfondie de ces agrégats nous permet d'avoir une lecture différente de la situation. Les récents soulèvements de Janvier 2021 ne peuvent, par exemple, pas être expliqués par la géographie des mouvements sociaux "traditionnels" et des régions défavorisées, et sont localisés principalement dans les zones périurbaines et donc autour des grandes agglomérations, relativement riches.

Une telle analyse clairement argumentée au prisme de l'économie politique nous incite à dépasser la lecture traditionnelle des inégalités régionales, car ces quartiers seraient exclus de toute politique de discrimination positive basée sur cette notion de région défavorisée, étant des zones "côtières" considérées comme relativement aisées, mais où les inégalités sont souvent les plus brutales. La crise sanitaire nous appelle à déconstruire ce que l'on peut appeler le "mythe des inégalités régionales", et de se concentrer aussi sur ce qui se passe au sein des régions. Pour relever un désastre social total.

L'état des lieux du système de santé alerte également sur l'emprise du secteur privé sous l'œil satisfait de l'Etat tunisien. En effet, le secteur privé semble plus concerné par la couverture géographique du pays, mais possède surtout de plus en plus d'équipements lourds, avec par exemple une concentration de 85% des IRM du pays, 73% des scanners ou encore 79% des salles de cathétérisme en 2017. L'Etat ne semble pas, quant à lui, concerné par cette perte de contrôle, avec notamment environ 42% de son matériel médical défectueux selon la Cour des comptes.

Tout ceci laisse penser que les disparités régionales sont loin d'être l'unique source d'inégalité en termes de santé publique en Tunisie et qu'il faut repenser ces disparités également en termes de groupes et de classes sociales.

Le deuxième chapitre sous le titre "quand les politiques publiques sacrifient le droit égal à la santé" propose, à travers trois articles : une radioscopie d'un secteur sinistré par des politiques publiques d'austérité, par une gouvernance défailante et par la corruption.

Moncef Belhaj Yahia, en sa qualité de médecin, d'ancien syndicaliste et de militant associatif, nous livre une brève généalogie de la crise de l'hôpital public. Il distingue deux grandes étapes dans l'évolution du système de santé en Tunisie : une première étape caractérisée par un fort engagement de l'État dans la santé qui va de l'indépendance jusqu'au milieu des années 80, puis une deuxième étape qui va de la fin des années 80 jusqu'à aujourd'hui, caractérisée par un désengagement progressif de l'État du secteur de la santé, suite au Plan d'Ajustement Structurel à domination idéologique néolibérale.

En effet, et malgré l'article premier de la loi de 2004 qui affirme que le régime d'assurance maladie est « fondé sur les principes de la solidarité et l'égalité des droits dans le cadre d'un système sanitaire complémentaire qui englobe les prestations servies dans les secteur public et privé de la santé », cette réforme a creusé les disparités entre les affiliés des caisses sociales de la filière publique et les affiliés des deux filières privées.

Après 2011, l'article de Moncef Belhaj Yahia s'arrête à l'année 2017 comme tournant dans l'évolution de la crise structurelle du système de santé tunisien. Une série d'événements et de décisions en cascade, ayant comme point de départ le déficit des régimes de retraite, ont exacerbé les difficultés du secteur public de la santé qui ont atteint un niveau jamais connu auparavant.

La crise financière de la caisse nationale des sécurité sociale (CNSS) et de la caisse nationale de retraite et de prévention sociale (CNRPS,) due principalement au déficit des régimes des retraites, s'est aggravée à partir de 2015, et le gouvernement n'a rien trouvé de mieux à faire, à partir de l'année 2016, que de puiser dans les ressources collectées au titre de l'assurance maladie par la CNSS et la CNRPS pour payer les retraites. Là la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) a été ainsi privée d'une grande partie des ressources financières qui lui revenaient et a eu de plus en plus de difficultés à honorer ses engagements.

La crise Covid est venue mettre à nu un secteur déjà malade. Malgré la crise structurelle et la faiblesse des moyens, et malgré le manque de préparation, le secteur public de la santé, non seulement ne s'est pas effondré, mais a tenu le coup et a supporté le poids principal de la bataille contre l'épidémie. Avec d'énormes difficultés, et à part quelques fermetures injustifiées au cours de la première vague, les structures sanitaires publiques ont continué à fonctionner. Deux éléments ont joué un rôle essentiel dans cette bataille. D'une part, la mobilisation d'une grande partie des

professionnels de santé qui se sont dévoués, au risque de leur vie, pour assurer les soins aux patients Covid et non Covid, et d'autre part, le formidable élan de solidarité et de mobilisation de la société civile, qui a pallié partiellement la carence de l'État.

Suite à l'épidémie H1-N1 (2009-2010), un « plan de préparation et de riposte et de résilience aux maladies à potentiel épidémique a été préparé en 2015 avec le soutien de la coopération allemande et l'Institut Robert Koch. Pratiquement, tout a été prévu dans ce plan, depuis la mise en place d'un système d'alerte épidémiologique, la formation du personnel, la constitution d'un stock d'équipements de protection individuels, la mise en place de circuits spécifiques jusqu'à l'élaboration d'un plan pour assurer la continuité des services essentiels. Mais, comme beaucoup d'autres plans de bonne facture, il a été mis dans les tiroirs et rien n'a été fait pour mettre en œuvre les mesures préconisées en matière de préparation à une éventuelle épidémie.

Quand les premiers cas de patients atteints par la Covid-19 ont commencé à affluer vers les structures de santé, les professionnels de santé ont été livrés à eux-mêmes, sans formation appropriée, sans équipements de protection individuels et sans circuits Covid. Les soldats en blouse blanche ont été laissés sans instructions et sans protection. Cette absence de préparation ne s'est pas limitée à la première vague qui s'est terminée au mois de mai 2020. Les trois mois d'accalmie qui ont suivi n'ont pas été exploités pour préparer le système de soins à affronter la deuxième vague qui était pourtant prévue et annoncée. Conclue l'article de Moncef Bel Haj Yahia

La crise sanitaire a illustré de manière tragique l'échec de la politique de désengagement de l'État des secteurs sociaux. Des milliers de morts, de grandes difficultés d'accès aux soins pour de larges secteurs de la population et un système de santé publique délabré qui n'a pas les moyens de répondre aux exigences de la situation.

Le juriste et le militant associatif Charfeddine Yacoubi, concentre son article sur la corruption dans le secteur de la santé. Il y passe en revue les différentes formes de corruption à travers les conclusions des différents rapports officiels de contrôle comme la Cour des Comptes, les structures générales de contrôle, les inspections du ministère de la santé et aussi les rapports annuels de l'instance nationale de lutte contre la corruption l'INLUCC outre les informations véhiculées par les médias se rapportant aux affaires relatives à la santé. Ces affaires constituent désormais une préoccupation permanente qui souligne l'absence de progrès pour la consécration d'un système de

santé fondé sur les valeurs de l'intégrité et souligne l'échec des réformes qui visaient à la maîtrise de la corruption dans ce secteur.

Qu'il s'agisse d'une corruption qui se manifeste par le paiement de petites sommes d'argent à des agents de la santé tels les infirmiers, les agents de l'accueil ou les agents administratifs pour recevoir de meilleurs soins ou du favoritisme qui se manifeste lors de l'offre de services médicaux de la part des professionnels de santé ou des législations qui sont censées encadrer le secteur et qui se sont rapidement transformées en une ouverture pour la corruption et les excès en raison de leur non-application. Pour Yacoubi l'heure est grave, le problème est à la fois moral et politique.

Il conclut par un appel, la lutte contre la corruption, en tant que problème structurel dans le secteur de la santé, nécessite de lier son traitement à de larges réformes de la gouvernance de l'Etat y compris la réforme en son sein des méthodes de gestion administrative et financière, le renforcement du contrôle interne et externe et le changement des méthodes de prise de décision afin de déterminer les responsabilités.

Le sociologue Sofiane Jaballah a, pour sa part, enquêté sur le phénomène de l'immigration des jeunes médecins, en partant d'une thèse en médecine soutenue à la faculté de médecine de Monastir intitulée « les projets d'émigration chez les jeunes médecins anesthésistes en Tunisie : prévalence, destination, et causes », qui a concerné les médecins résidents dans les spécialités de l'anesthésie et de la réanimation en Tunisie entre septembre et décembre 2018. Hana Daami a conclu que le pourcentage des médecins interrogés qui ont exprimé leur intention d'émigrer pour aller travailler à l'étranger dépasse les 94%. 35% d'entre eux ont même l'intention d'émigrer de manière définitive.

Si le médecin qui a accumulé, à travers l'expérience et l'âge, un capital financier, symbolique, économique, social, culturel et relationnel important, est influent politiquement, économiquement et symboliquement, qu'en est-il du jeune médecin, l'étudiant et le chercheur, qui fait ses premiers pas ? Qu'est-ce qui fait de cette relation une relation qui est une relation de domination ? Comment pouvons-nous comprendre et expliquer la domination du premier qui est la cause directe de la précarité du second en tant que dominé ?

Sur le plan sociologique, être un jeune est vu comme un individu ayant un parcours à réaliser en attendant un devenir, un temps social qui précède l'âge de la

stabilité et de la maturité. Dans une autre approche, il s'agit d'un champ social fragile, c'est-à-dire un projet qui attend la concrétisation : un projet de père, un projet de producteur, un projet de salarié, de fonctionnaire ou surtout un projet de médecin etc.

L'étudiant.e en médecine entre la faculté et l'hôpital est réellement un projet de médecin soumis selon l'analyse de Sofiane Jaballah dans un espace où s'entremêlent deux champs sociaux : le champ médical et le champ universitaire, à une échelle hiérarchique où l'étudiant.e en médecine interne jusqu'au résident.e est exposé.e à diverses formes d'autorité et de hiérarchie. Il est soumis à une domination.

Le désir grandissant de quitter le pays pour les jeunes médecins tunisiens est révélateur de la crise profonde de notre système de santé et de notre société tout court.

D'un autre côté et S'il est vrai que la crise sanitaire nous a mis face à notre vulnérabilité commune en tant qu'êtres vivants et êtres corporels, il est aussi vrai que cette vulnérabilité se décline au pluriel dans le monde social. En effet, ce sont les catégories les plus précaires qui étaient et sont encore plus exposées aux dangers à la fois sanitaire et économique du confinement. Continuer à travailler sans protection multiplie les risques pour les éboueurs, femmes de ménages, femmes ouvrières, et les soignants eux-mêmes, Pour d'autres, se trouver obligés d'arrêter le travail suite à la crise économique, c'est tout simplement mourir de faim. Les chiffres parlent d'eux-mêmes selon les résultats d'une étude<sup>16</sup> réalisée en décembre par l'INS et le IFC en décembre 2020 sur les effets socio-économiques de la crise sur le monde de l'entreprise, 25,9 % des entreprises ont procédé à des licenciements, 11,6 % ont accordé des congés payés et 9,8% des congés non payés ajoutant aussi 15 ,7% qui ont opté pour la réduction des salaires.

L'enjeu est donc de comprendre la vulnérabilité du point de vue sociologique et de prendre en compte les structures et les conditions qui les déterminent.

C'est dans le troisième chapitre que nous aurons un focus sur les visages de vulnérabilité et de la précarité face à la crise. Dans un premier temps, Habiba Ben Romdhane retrace la vulnérabilité des femmes, en qualifiant la crise actuelle de « Syndémie », c'est-à-dire un entrelacement de problèmes de santé qui se renforcent

---

<sup>16</sup> COVID-19 en Tunisie : Publication des résultats de l'étude d'impact socio-économique sur le secteur privé– un partenariat IFC/INS - |1ère vague, juillet 2020

mutuellement les uns les autres. C'est là un changement épistémologique majeur par rapport à la démarche aujourd'hui en cours dans le monde.

Les groupes vulnérables ne sont pas uniquement des personnes âgées et/ou en mauvaise santé ayant des comorbidités, mais également des personnes qui n'arrivent pas à faire face financièrement, mentalement ou physiquement à la crise provoquée par la Covid-19 ou qui ont été exposées à des risques liés à leurs conditions de vie.

Ainsi, elle identifie quinze facteurs socioéconomiques et démographiques pris en compte pour mieux comprendre le niveau de pauvreté, le taux de chômage, la proportion de logements surpeuplés, la couverture d'assurance maladie. Plusieurs facteurs expliquent de manière plus précise la prédominance féminine dans les cas positifs de la population féminine jeune. Il y a ainsi la pratique quasi systématique du test de dépistage dans les entreprises étrangères installées en Tunisie (dont la main d'œuvre est à prédominance féminine), mais également la place et le rôle que jouent les femmes dans les événements familiaux (mariage, décès, etc.) qui ont été à l'origine de plusieurs clusters.

Par ailleurs, la prédominance féminine dans le secteur de santé est nette : les femmes représentent 66,6% des médecins, 56,0% des hospitalo-universitaires, 77,7% des pharmaciens, 86% des chirurgiens-dentistes, 77,9 % des techniciens supérieurs et des aides-soignants. Cette prédominance dans le secteur de la santé peut ainsi être à la fois un facteur d'une plus grande exposition au risque et de l'accès au test de dépistage.

La crise actuelle, selon Habiba Ben Romdhane, n'a fait que confirmer la discrimination subie par les femmes dont le droit de ne pas mener une grossesse à terme. Cette question fondamentale des droits des femmes a été soulevée par les féministes à plusieurs reprises, mais la situation ne s'est pas améliorée, et la pandémie de la COVID-19 l'a aggravée. Le pouvoir de l'argent permet cependant de lever bien des obstacles : les femmes qui ont les moyens parviennent à mettre fin à une grossesse non désirée dans de bonnes conditions sanitaires.

Sur un autre plan, on trouve le dépistage et le diagnostic précoce du cancer du sein, globalement peu pratiqués, et corrélés aux déterminants sociaux de la santé (milieu, niveau d'éducation et niveau socioéconomique). Durant la COVID-19, ces pratiques ont subi les mêmes contraintes que les autres prestations sanitaires et probablement plus car elles ne font pas partie des mesures urgentes selon les autorités.



Faten Mbarek, dans un article réservé aux ouvrières agricoles, nous montre à quelle échelle le virus de l'inégalité féminisée a sévèrement touché les femmes paysannes et les ouvrières agricoles. La restitution d'une enquête à Sidi Ayaich dans le gouvernorat de Gafsa (370 km de Tunis) démontre que les femmes rurales souffrent de l'absence d'une stratégie claire pour sortir du cercle de la marginalisation et de leur exploitation par les propriétaires des terrains agricoles. Elles entrent dans le cercle de la pauvreté dont les niveaux sont multiples quand ils concernent les ouvrières rurales en Tunisie qui n'ont pas les moyens d'acquiescer les besoins essentiels qui se composent de la nourriture, des habits et du logement, ou de bénéficier de la sécurité préventive du danger du virus du Corona. « Nous avons été exceptées du confinement mais personne ne nous a informées sur les moyens de nous protéger contre ce virus ou comment nous pouvions vivre avec le virus pendant notre travail. Rien ! On n'avait qu'à aller travailler. ». Malgré cela, l'Etat les a écartées de l'ensemble des mesures préventives et sociales, et même économiques. Il les a forcées à être seules responsables de leur vie et de celle dont elles ont la charge, et les a complètement délaissées.

Quant aux migrants irréguliers, ceux-ci sont considérés comme patients payants, ne pouvant pas bénéficier d'une couverture sociale. Cette catégorie est dépendante de l'assistance humanitaire des associations et organisations, nationales et internationales, de la société civile. Cette dichotomie juridique a pour corollaire une division socioéconomique. Ainsi, les plus avantagés sont évidemment les migrants occidentaux, majoritairement citoyens de l'Europe de l'Ouest, ainsi que les citoyens de certains pays arabes, communément appelés « expatriés ». Ces migrants occupent des postes à hautes rémunérations, peuvent se permettre un rythme de vie sain, ont des assurances de santé privées et font l'objet d'un suivi régulier de la part des représentations consulaires de leurs pays d'origine. À l'autre extrémité du spectre des privilèges socioéconomiques se trouvent les migrants en situation irrégulière et les étudiants étrangers, majoritairement subsahariens et n'ayant aucune possibilité de travailler régulièrement en Tunisie. Cette catégorie évolue sous le joug du triptyque : discrimination-inégalité-vulnérabilité.

Les migrants irréguliers en Tunisie n'ont nulle existence officielle, ne bénéficient d'aucun service social étatique, évoluent dans des contextes socioéconomiques précaires, sont exploités par leurs employeurs quand ils trouvent du travail, et souffrent souvent de troubles psychologiques souvent non traités. En somme, ils ne bénéficient d'aucune protection institutionnelle. Un certain nombre d'entre eux se retrouvent

classés en tant que migrants économiques alors qu'ils devraient être reconnus comme réfugiés ou, du moins, obtenir une forme de protection de l'État. En notant que les réfugiés reconnus comme tels sont pris en charge sur le plan de la santé par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR).

Dans le contexte de la COVID-19 et du confinement de mars-mai 2020 en Tunisie, et comme souligné par un récent rapport se rapportant à l'impact économique de la pandémie dans le pays, les migrants irréguliers vivent majoritairement dans des logements surpeuplés, occupent des postes précaires et ont un accès limité aux services de santé et sont souvent mal-informés. Leurs conditions de vie ne leur permettent pas de suivre les consignes de santé publique telles que l'auto-isolément ou le confinement. De plus, ils n'ont pas eu droit aux aides financières octroyées par le gouvernement tunisien durant le premier confinement prolongé.

En Tunisie, l'accès aux soins des personnes migrantes vulnérables, souvent en situation irrégulière, se fait principalement à travers les organisations de la société civile, et au cas par cas. Cela veut dire que l'État ne prévoit aucune politique publique afin de permettre aux non-citoyens démunis d'avoir accès aux soins. Les représentations consulaires n'ont pas non plus de budgets alloués à la santé de leurs ressortissants. Cette lacune résulte en une confusion chez les professionnels de la santé ainsi que chez les migrants eux-mêmes, ces derniers étant « invisibles ».

Le dernier chapitre s'intéresse avec l'article de Cyrine Ben Said Saffar intitulé « mouvements syndicaux, civils et sociaux dans le secteur de la santé : un cheminement sinueux vers la démocratie sanitaire. » aux formes de résistance syndicales et citoyennes et l'émergence des nouveaux acteurs pour défendre le secteur de la santé publique et le droit à la santé, et pour construire des solidarités en temps de pandémie.

Dans un nouveau contexte politique après 2011, les libertés associative et syndicale, protégées par la nouvelle Constitution, ont contribué à la naissance de nouveaux acteurs proclamant la défense d'un service public de qualité, tout en renforçant la capacité de mobilisation des syndicats traditionnels. Leurs intérêts, essentiellement dans le secteur privé, ne coïncident pas forcément avec ceux des patient(e)s.

Néanmoins, ce climat de liberté a par ailleurs révélé des tensions entre les syndicats de l'hôpital, sur une base sectorielle, notamment entre cadres médicaux et paramédicaux, mais aussi générationnelle. D'autres tensions apparaissent à l'intérieur

de chaque acteur syndical, entre les intérêts et revendications corporatistes, et l'idéal d'un service de santé publique performant et respectant les droits des patients. Cyrine Ben Said Saffar s'arrête sur les deux réactions du corps des médecins pour répondre aux politiques publiques.

Les premiers sont les syndicats de l'hôpital qui ont essayé de s'ériger en rempart contre les politiques d'austérité, avec un succès limité. La journée de colère du 23 mai 2020, organisée par la Fédération générale de la santé, a condamné la méconnaissance des efforts des professionnels face à la pandémie COVID-19, et a critiqué la circulaire gouvernementale n°16 du 14 mai 2020 proposant des mesures d'austérité pour la préparation du budget pour l'année 2021.

Les prestataires de soins du secteur privé de leur côté, réticents à toute réforme fiscale, se sont organisés dans un collectif Ordino-Syndical regroupant le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), le Conseil National de l'Ordre des Médecins Dentistes (CNOMD), le STML, l'UMSL et le STMDLP pour amorcer un mouvement syndical contre l'article 22 de la loi de finance de la même année.

Elle conclut dans ce sens que " Le Mouvement 76 "mené en janvier et février 2018 est sans doute le mouvement le plus long et le plus important pour l'OTJM : 40 jours de grève continus pour avoir un statut juridique définissant les droits et les devoirs des internes et des résidents en médecine.

La pandémie COVID-19 a focalisé l'attention de la société civile sur le secteur de la santé. Marsad Budget d'AlBawsala a publié en avril 2020 un rapport attestant de la faible contribution de l'Etat dans le secteur de la santé comparativement à d'autres pays ou à la moyenne mondiale, de la forte contribution de l'individu pour se soigner, ainsi que de la nécessité d'une meilleure gestion des ressources, notamment grâce à la numérisation, comme c'est le cas de l'hôpital Habib Thameur de Tunis.

Le même mois « l'Initiative de la société civile pour sauver le secteur public de la santé » a été rédigée et signée par diverses associations et personnalités publiques afin d'émettre des critiques ainsi que des recommandations quant à la gestion de la crise Covid.

D'autres initiatives ont tenté de combler les manquements de l'Etat dans la gestion de la pandémie, et de corriger un tant soit peu les méfaits de sa politique d'austérité. C'est le cas de « Na7miwhom », initiative lancée par des jeunes médecins

en collaboration avec l'association Beder fondée à Kasserine en 2011 pour la promotion du développement local, et s'intéressant depuis 2019 à la santé publique. Cette initiative a pu instaurer un mécanisme solidaire de suivi et d'approvisionnement en équipements de protection individuels pour les soignants à haut risque d'exposition au Coronavirus. Beder et des résidents en médecine ont aussi créé la plateforme « Sauve.tn », ayant pour but de regrouper les informations fiables et vérifiées sur la Covid-19 et d'adresser un message de reconnaissance et d'encouragement au personnel soignant. Par ailleurs, pour éviter le dépassement des capacités du système de santé, des dizaines de jeunes médecins ont bénévolement pris en charges les patients à leurs domiciles pour désengorger les services de médecine et de réanimation dans les hôpitaux.

Outre le contexte pandémique, plusieurs jeunes diplômés en médecine choisissent de porter assistance aux catégories les plus vulnérables de la société, telles que les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine, en prison ou migrantes, en leur consacrant des soins médicaux et une écoute thérapeutique. Parfois, l'engagement des jeunes acteurs de la santé dépasse le rôle de soignant, pour celui de citoyen actif pour la défense des valeurs démocratiques, comme c'est le cas de l'association « INNO-Peace » qui a pour mission de renforcer la capacité des jeunes en matière d'éducation des droits humains, de citoyenneté et de paix.

En guise de conclusion pour ce chapitre introductif nous retenons deux principales piste de réflexions complexes , l'une est liée à la critique de la mondialisation voir du paradigme de la modernité qui ne semble plus nous offrir des horizons de futur , le deuxième est plus contingent et attentif au contexte tunisien et démontre preuve à l'appui que le sort de la transition démocratique est fortement lié à la réductions des inégalités et à la mise en place d'une bonne gouvernance transparente et inclusive .