



Forum Tunisien pour les Droits Economiques et Sociaux



OUVRAGE COLLECTIF

**droit à la santé au temps de la crise COVID 19,
quand les inégalités font souffrir et tuent**



Ouvrage collectif

Tunisie

**DROIT A LA SANTE AU TEMPS DE LA CRISE COVID 19
QUAND LES INEGALITES FONT SOUFFRIR ET TUENT**

Coordination

Maher Hanin

Liste des auteurs

Yasime Akrimi

Moncef Bel haj yahia

Mhammad Ben Salah

Habiba Ben Romdhane

Cyrine Ben Said Saffar

Rym Haloues Ghorbal

Soufiane Jaballah

Faten Mbarek

Charfeddine Yacoubi

Avant-propos

INTRODUCTION *Penser le droit à la santé au temps de la pandémie* Maher Hanin

01 *Crise sanitaire : du global au local*

Le droit de santé face à la crise de la Covid-19 : réalités et perspectives d'un acquis à repenser *Rym Haloues Ghorbel*

Inégalités et Santé en Tunisie *Mhamed Ben Salah*

02 *Politiques publiques et droit à la santé*

La crise de la Covid-19 et la crise structurelle du secteur de la santé en Tunisie : Problèmes et opportunités de réforme *Moncef BelHaj Yahia*

La corruption dans le secteur de la santé : quand l'épidémie sévit et que la vaccination s'absente ! *Charfeddine Yaacoubi*

Les jeunes médecins en Tunisie : entre le marteau de l'aliénation économique et sociale, et l'enclume de l'aliénation de l'immigration *Soufiane Jaballah*

03 *Les figures de la vulnérabilité*

Transition sanitaire et droits des femmes à la santé : leçons d'une pandémie *Habiba Ben Romdhane*

Droit d'Accès aux Soins de Santé des Migrants en Tunisie durant la Pandémie de la Covid-19 *Yasmine Akrimi*

La Covid et la femme rurale en Tunisie : regard sur les formes d'exclusion sociale *Faten Mbarek*

04 *Formes et acteurs de la résistance*

Mouvements syndicaux, civils et sociaux dans le secteur de la santé : un cheminement sinueux vers la démocratie sanitaire *Cyrine Ben Said Saffar*

Avant-propos.....	8
--------------------------	----------

Chapitre introductif.....	
----------------------------------	--

Penser le droit à la santé au temps de la pandémie.....	11
--	-----------

1. Par-delà la pandémie, une mondialisation en crise
2. La crise sanitaire comme vecteur des inégalités
3. La Tunisie, une pandémie en temps de transition démocratique

Chapitre premier	
-------------------------------	--

CRISE SANITAIRE ET INEGALITES : DU GLOBAL AU LOCAL.....	32
--	-----------

Le droit de santé face à la crise de la COVID-19 : réalités et perspectives d'un acquis à repenser	33
---	-----------

Introduction

1. Contexte historique et portée du droit à la santé, un droit universel ancré dans la myriade des droits humains
2. Le droit à la santé face au contexte de la pandémie de la Covid-19 : quelles réalités ?
3. Le droit à la santé et l'après-Covid-19 : quelles perspectives ?

Conclusion

Inégalités et Santé en Tunisie	48
---	-----------

Introduction

1. Inégalités certes, mais lesquelles ?
2. Inégalité et santé publique

Conclusion

Deuxième chapitre.....	
-------------------------------	--

Politiques publiques et droit à la santé	68
---	-----------

La crise de la Covid-19 et la crise structurelle du secteur de la santé en Tunisie : Problèmes et opportunités de réforme.....	69
---	-----------

1. Évolution historique du système de santé tunisien
2. Les conséquences de la crise sanitaire sur le système de santé

La corruption dans le secteur de la santé : quand l'épidémie sévit et que la vaccination s'absente ! 83

1. De quel concept de corruption parle-t-on !
2. Quelle est l'ampleur de la corruption dans le secteur de la santé ?
3. Quand la corruption ronge tous les piliers du secteur de la santé
4. Quelles sont les causes de la corruption dans le secteur sanitaire ?
5. De multiples causes pour les mêmes effets
6. Quels moyens pour combattre la corruption dans le secteur de la santé ?

Les jeunes médecins en Tunisie : entre le marteau de l'aliénation économique et sociale, et l'enclume de l'aliénation de l'immigration 109

- Introduction méthodologique
- Introduction statistique : Esquisse d'un diagnostic quantitatif des intentions d'immigration et du fait migratoire chez les jeunes médecins en Tunisie
1. Le médecin, le politicien et la société : les trois paradigmes
 2. Les jeunes médecins, ceux qui les dominent dans le champ médical : comment et pourquoi ?
 3. Les études médicales et le militantisme syndical où le collier perdu de la Colombe
 4. Immigration, migration forcée ou systématique ?

Troisième Chapitre 127

Les figures de la vulnérabilité 127

Transition sanitaire et droits des femmes à la santé : leçons d'une pandémie 128

- Introduction
1. Les femmes dans la riposte tunisienne à la pandémie COVID-19
 2. Le droit des Tunisiennes à la santé : des garanties constitutionnelles et des engagements internationaux sans équivoque
 3. Accès des femmes aux soins de santé : derrière les apparences
 4. Les violences institutionnelles : l'autre face des violences faites aux femmes
- Conclusion

Droit d'Accès aux Soins de Santé des Migrants en Tunisie durant la Pandémie de la COVID-19 152

Introduction	
1. Limitations.....	
2. Le Cadre légal de l'accès à la santé des Migrants en Tunisie	
3. Absence de stratégie étatique claire	
4. Pandémie, Homo Sacer et l'obscène inclusion	
5. Déterminants socioéconomiques et santé des Migrants en Tunisie	
6. Santé mentale, capital social et disparités entre différentes catégories de Migrants	
Conclusion	

COVID 19 et la femme rurale en Tunisie : Regard sur les formes d'exclusion

sociale.....164

Introduction	
1. Introduction méthodologique	
2. Aspects sur les moyens de subsistance des tunisiens pendant la COVID	
Conclusion	

Quatrième chapitre.....

Formes et acteurs de la résistance.....175

Mouvements syndicaux, civils et sociaux dans le secteur de la santé : un

cheminement sinueux vers la démocratie sanitaire.176

1. Syndicats liés au secteur de la santé : historique et cartographie.....	
2. Obstacles intrinsèques et extrinsèques à la lutte syndicale.....	
3. Le syndicalisme à l'hôpital : bouclier contre la politique d'austérité.....	
4. Un rapport mitigé avec la bonne gouvernance de l'hôpital public.....	
5. Syndicalisme du secteur privé : conciliation difficile avec le droit universel à la santé	
6. Le syndicalisme des jeunes ou l'espoir d'un système de santé solide	
7. L'Organisation tunisienne des jeunes médecins : fracture avec la hiérarchie et le corporatisme	
8. Politiques de santé : une place institutionnelle minorée pour les syndicats et la société civile ?	
9. La COVID-19, occasion d'un réveil douloureux pour la société civile	
Conclusion	

Biographies des auteurs.....190

Avant-propos

Avec la crise pandémique, le monde entier a été bousculé. Des milliers de vies ont été perdues, des économies entières ont été ravagées, des frontières ont été fermées et le mode d'existence et d'organisation humaine a été questionné. Les réponses des gouvernements et des Etats ont été multiples et variées. Pourtant, elles ont toutes essayé de répondre à l'urgence de préserver des vies. La situation créée par la pandémie a montré donc l'importance fondamentale du droit de toute personne à la protection de la santé, mais elle a dévoilé aussi l'impact dramatique de la détérioration continue des services publics dont celui relatif à la santé et le poids des inégalités sur l'efficacité des démarches entreprises pour répondre à l'urgence sanitaire.

La Tunisie n'a pas échappé à ce constat alarmant. Si en 2020, ce pays a été relativement épargné des effets de la pandémie sur le plan sanitaire, l'année 2021 a été marquée par la défaite contre la Covid-19. Le virus et ses multiples variants ont fait rage et le pays a connu un nombre croissant de victimes. La peur s'emparent de tout un chacun, face à un système sanitaire fragile. Les autorités en place ont été accusées de laxisme et de mauvaise gestion de la crise. Les protestations populaires ont ainsi refait face malgré les mesures de restrictions sanitaires et la répression qui en a suivi¹.

C'est face à ce constat amer que le FTDES, avec l'appui de la FIDH, vient analyser les différentes facettes de cette crise sanitaire, ses causes profondes et ses impacts sur les plus vulnérables. Les instruments internationaux en matière du droit à la santé révèlent une importance particulière et offrent un cadre précieux pour mieux comprendre le désengagement de l'Etat tunisien et ses répercussions sur les vies humaines.

A cet égard, il est à noter que l'Etat tunisien de par l'article 38 de la constitution du 26 janvier 2014 reconnaît sa responsabilité pour que toute personne jouisse de : « **la prévention et les soins sanitaires** », l'Etat fournit ainsi « **les moyens nécessaires pour garantir la sécurité et la qualité des services de santé. L'État garantit la gratuité des soins pour les personnes sans soutien et à faible revenu. Il garantit le droit à une couverture sociale, tel que prévu par la loi** »

Aux niveaux régional et international, la Tunisie a ratifié plusieurs instruments consacrant le droit à la santé dont le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples stipulant dans son article 16 que « **Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé**

¹<https://www.fidh.org/fr/regions/maghreb-moyen-orient/tunisie/tribune-solidarite-internationale-avec-le-mouvement-social-de-la>

physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Les Etats parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie ».

Sur la base de ses engagements juridiques, la Tunisie doit **respecter** le droit à la santé. Ainsi, elle ne doit pas refuser l'accès aux équipements de santé sur une base discriminatoire ; elle est appelée également à **protéger** le droit à la santé et donc à, entre autres, contrôler la qualité des médicaments commercialisés dans le pays par des fournisseurs publics ou privés ; la Tunisie doit aussi **mettre en œuvre** le droit à la santé ce qui implique sa responsabilité pour faciliter son exercice en lançant, par exemple, des campagnes de vaccination universelle pour les enfants².

Les contours du droit à la santé sont également définis par les instances internationales. A cet effet, l'OMS précise que « une approche fondée sur les droits de l'homme vise à ce que l'ensemble des politiques, des stratégies et des programmes de santé soient conçus de façon à améliorer peu à peu la jouissance par tous du droit à la santé »³ et que cette approche « fournit des stratégies et des solutions pour affronter et rectifier les inégalités, les pratiques discriminatoires et les rapports de force injustes, qui sont souvent au cœur de l'inégalité des résultats sanitaires »⁴. Les interventions visant à atteindre cet objectif respectent des principes et des normes stricts répertoriés par l'OMS dont la non-discrimination, la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité, l'universalité⁵.

² <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet33fr.pdf>

³ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

⁴ Ibid.

⁵ Non-discrimination: Le principe de non-discrimination cherche à garantir que les droits humains seront exercés sans discrimination aucune fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance ou toute autre situation comme le handicap, l'âge, la situation matrimoniale et familiale, l'orientation sexuelle et l'identité sexuelle, l'état de santé, le domicile ou la situation économique et sociale.

Disponibilité : Les établissements, les biens, les services et les programmes de santé publique et de soins de santé sont en nombre suffisant.

Accessibilité : Les établissements, les biens et les services de santé sont accessibles à tous. L'accessibilité est composée de quatre dimensions interdépendantes qui sont la non-discrimination ; l'accessibilité physique ; l'accessibilité économique et l'accessibilité de l'information.

Acceptabilité : Tous les établissements, les biens et les services de santé doivent respecter l'éthique médicale et les différences culturelles, et tenir compte des besoins des hommes et des femmes tout au long de la vie.

Qualité : La qualité ainsi que le niveau scientifique et médical des établissements, des biens et des services de santé doivent être adaptés.

Se basant sur le référentiel international des droits humains et les normes développées par les instances onusiennes, à travers un chapitre introductif contextualisant la crise Covid-19 dans un environnement marqué par des inégalités endémiques dont souffre déjà la Tunisie depuis des décennies et qui a été à l'origine du déclenchement de la révolution en 2011, les trois chapitres décortiquant les disparités économiques et géographiques qui caractérisent le système de santé en Tunisie et dévoilant les faits des inégalités et de la corruption sur les plus vulnérables dont les femmes et les migrant.es, cette analyse permet une lecture holistique des effets du désengagement de l'Etat dans le domaine de la santé et s'ouvre sur les perspectives et les opportunités de réformes.

Regroupée dans un ouvrage collectif intitulé « **Droit à la santé au temps de la crise Covid-19, Quand les inégalités font souffrir et tuent** », cette analyse a été coordonnée par Maher Hanin, philosophe, et sociologue, membre du FTDES. Elle est constituée de neuf articles rédigés par les expert.es et chercheurs Rym Haloues Ghorbel, Mhamed Ben Salah, Moncef BelHaj Yahia, Charfeddine Yaacoubi, Soufiane Jaballah, Habiba Ben Romdhane, Yasmine Akrimi, Faten Mbarek et Cyrine Ben Said Saffar. Ces derniers ont une expertise polyvalente et complémentaire et sont toutes et tous engagé.es dans la promotion et la défense d'un droit à la santé tel que garanti dans les standards internationaux des droits humains.

À travers la publication de cet ouvrage, le FTDES avec l'appui de la FIDH, souhaite contribuer à alimenter un débat constructif sur les réformes à entreprendre pour que la santé de toutes et de tous soit garantie en Tunisie.

Responsabilisation : Les États et les autres entités responsables doivent rendre compte de la mesure dans laquelle ils respectent les droits de l'homme.

Universalité : Les droits de l'homme sont universels et inaliénables. Ils doivent être respectés pour chaque personne, partout dans le monde

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 2017.⁶

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.⁷

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

⁶ https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/ReportHLWG-humanrights-health_FR.pdf

⁷ 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 Wallerstein⁸, 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

⁸ 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 ».⁹

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 ¹⁰ 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 « marchandiser » 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

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

¹⁰ 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 ?¹¹

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.¹²

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.¹³ 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.¹⁴

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

¹¹ Frédéric Lordon, 11 mars 2020. Le Monde diplomatique

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

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

¹⁴ 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.¹⁵

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

¹⁵ 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'inégalités 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 étude¹⁶ 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

¹⁶ 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 .

Chapitre premier

**CRISE SANITAIRE ET INÉGALITÉS :
DU GLOBAL AU LOCAL**

Le droit de santé face à la crise de la COVID-19 : réalités et perspectives d'un acquis à repenser

Rym Haloues Ghorbel

Introduction

La santé est un droit humain fondamental et la couverture sanitaire est un outil essentiel pour garantir l'accès aux soins à tous les citoyens et à tout individu qui en a besoin. Or, en l'espace d'une année et quelques mois, la Covid-19 s'est propagée dans le monde entraînant 115 millions de cas signalés et plus de deux millions et demi de personnes sont mortes. Avec un bilan si lourd, la pandémie a mis en évidence des failles longtemps ignorées, notamment la fragilité des systèmes de santé, l'existence de déficiences dans la protection sociale et surtout des inégalités structurelles en matière d'accès aux soins.

Ainsi, à travers une lecture critique du contexte global et local de la crise sanitaire due à la Covid-19, il s'agit de montrer comment le droit à la santé, droit humain fondamental, a été altéré, exigeant de repenser cet acquis, notamment sur le plan national, dans une perspective d'équité sociale.

1. Contexte historique et portée du droit à la santé, un droit universel ancré dans la myriade des droits humains

Initialement, la santé relevait du domaine privé plutôt que du domaine public et on définissait la santé par l'absence de toute forme de pathologie. Les premiers textes juridiques relatifs à la santé remontent à l'ère industrielle comme *The Moral Apprentices Act* (L'acte moral des apprentis) en 1802 et *The Public Health Act* (L'acte de santé publique) en 1848 qui furent adoptés en Grande Bretagne en tant que moyens aptes à contenir une pression sociale provoquée par les mauvaises conditions de travail

des pauvres. Par ailleurs, la Constitution mexicaine de 1843 faisait référence à la responsabilité de l'État dans la sauvegarde de la santé publique¹⁷.

L'évolution des sociétés occidentales, qui a permis de définir la santé comme question sociale, a mené à la fondation de l'Organisation mondiale de la santé (L'OMS) en 1946. Avec l'émergence de la santé considérée comme question publique, la conception de la santé a changé. L'OMS a défini la santé comme étant « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »¹⁸. Elle a défini une approche intégrée qui relie tous les facteurs qui déterminent le bien-être humain, dont l'environnement physique et social favorables à une bonne santé. Ainsi, tel qu'il est présenté, le droit à la santé correspond non plus à un droit de l'Homme mais bien à l'ensemble des droits de l'Homme présents et sans doute, à venir.

De fait, le droit à la santé est en continuelle évolution et au prisme des contextes socio-économiques locaux et internationaux qui imposent à le repenser. Au siècle dernier, il est apparu progressivement comme un droit imprescriptible de l'humanité et des populations. Cette longue évolution a été scellée par sa définition officielle, lors de la création de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans la jubilation d'une paix retrouvée. En effet, le deuxième principe énoncé au préambule de la constitution de l'OMS, atteste que « *la possession du meilleur état de santé [...] consiste l'un des droits fondamentaux de tout être* ». Cette définition a été appuyée par d'autres instruments classiques des droits humains tels la déclaration universelle de 1948¹⁹, le pacte

¹⁷ La première nation à avoir officiellement intégré les garanties aux droits économiques, sociaux et culturels a été le Mexique dans sa constitution de 1917, bien qu'aucune mention spécifique ne soit faite au droit à la santé.

¹⁸ - La Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, Documents de base, Documents officiels No. 240 (Washington, 1991).

¹⁹ - L'article 22 de la déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 stipule que « *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.* ».

international relatif aux droits économiques, sociaux et culturel de 1966²⁰ et la charte africaine des droits de l'Homme et des peuples²¹.

La reconnaissance universelle du droit à la santé a été de plus confirmée dans la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires²², dans laquelle les États s'engageaient à développer progressivement des systèmes de soins médicaux complets afin d'assurer une distribution des ressources efficace et équitable pour la protection de la santé. Ils s'engagèrent à assumer leur responsabilité pour assurer la santé de leurs populations en s'acquittant des prestations sociales adéquates. La déclaration mit en place les bases de systèmes de soins primaires directement liées au respect du droit. Même si cet instrument juridique n'est pas obligatoire, il représente un engagement supplémentaire de la part des États relatif au droit à la santé, et met en place le cadre d'une politique intégrée pour en assurer la jouissance.

Lors de la Conférence d'Alma-Ata, l'OMS a dessiné le plan *Santé pour tous d'ici à l'an 2000*²³ qui consiste en une série d'objectifs et de programmes destinés à assurer des niveaux de santé minimum pour tous. Cependant, la pauvreté et l'inégalité, outre les problèmes de santé, constituent des obstacles qui se dressent devant la réalisation des niveaux minimums de bien-être pour la majorité de la population mondiale. L'échec dans la réalisation de ces objectifs souligne la nécessité d'en repenser les stratégies.

Selon Anne-Marie Moulin, « *le droit à la santé est un droit de l'homme dit de « deuxième génération » par rapport aux droits énoncés au siècle des Lumières. Il a progressivement été inscrit dans la plupart des constitutions. A la différence des*

²⁰ - L'article 12 du pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels avance ce qui suit : « 1. Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ; 2. Les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer: a) La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant; b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle; c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies; d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie. ».

²¹ - L'article 16 de ladite charte annonce que « 1. Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. 2. Les Etats parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie. »

²² - L'OMS, Déclaration d'Alma-Ata, Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS 6-12 Septembre 1978.

²³ - Conseil exécutif, 67. (1980) . La santé pour tous d'ici l'an 2000 - stratégie mondiale: rapport du Comité du Programme du Conseil Exécutif. Organisation Mondiale de la Santé.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/160524>

précédents, il s'agit d'un « droit-pouvoir » ou encore d'un « droit-créance », étroitement lié à des conditions concrètes de réalisation, c'est-à-dire à une offre de soins matérialisée dans un système de santé. Les systèmes de santé représentent une gamme étendue de dispositifs, placés le plus souvent sous la tutelle des états modernes qui ont assumé parmi leurs tâches la garantie de la santé publique »²⁴.

Idéalement, l'ouverture des droits aux soins devrait s'étendre à toutes les catégories de la population vivant sur un territoire donné. Quant aux charges du système, inévitablement croissantes, on espérait qu'elles diminueraient avec l'éradication des grandes endémies et l'extinction progressive des maladies infectieuses, grâce à l'essor des soins primaires. La santé a également constitué un des axes prioritaires de l'aide humanitaire, en raison même des attributs indiscutables du droit afférent. Il est significatif qu'une bonne partie des ONG, qu'elles soient urgentistes ou consacrées au développement, affichent des objectifs sanitaires. Le droit à la santé a donc pris une place indiscutable dans le paysage politique et juridique. Il y a vingt ans, il avait même éclipsé le droit au travail, qui paraît pourtant tout aussi fondamental. À la fin des années 1980, avec le déchaînement de l'épidémie du sida, le discours politique a placé la réduction des inégalités de santé parmi les priorités, en liant santé et droits humains. C'est dans ce sens que Jonathan Mann considère que « *la santé publique ne doit pas s'en tenir à un seul type d'action : « les relations entre santé publique et Droits de l'Homme »* »²⁵. Aujourd'hui, d'autres types d'intervention comme les réponses aux catastrophes ou aux « maladies émergentes » dans un monde global peuvent passer au premier plan²⁶.

Quant à la portée du droit à la santé, elle doit être distinguée des normes de droit à la santé *stricto sensu* et celles *lato sensu*. En effet, les premières correspondent à un certain nombre de normes qui insistent sur les aspects thérapeutiques et sociaux du droit à la santé. Ainsi, l'article 25 § 1de la Déclaration universelle des droits de l'Homme reconnaît le droit aux soins médicaux et à la sécurité sociale en cas de maladie,

²⁴ - Anne Marie Moulin, « Transformations et perspectives de l'anthropologie de la santé : un regard épistémologique », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 1 | 2010, mis en ligne le 31 octobre 2010, consulté le 04 mars 2021. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/114> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.114>

²⁵ - Jonathan Mann, « Préambule : santé publique et droits de l'Homme : quelle problématique ? », In *Santé publique et droits de l'Homme. Séminaire Dirigé par Jonathan Mann* avec Sofia Gruskin et Dominique Bertrand, Paris, 8 et 9 novembre 1996, p 15.

²⁶ - Richard Rottenburg, *Far-fetched Facts, A parable of development aid*, Boston, MIT Press, 2009, p XVI.

d'invalidité ou de vieillesse. D'autres instruments juridiques²⁷ énoncent le même principe en insistant sur la gratuité des soins médicaux. D'autres normes développent les aspects préventifs du droit à la santé sous forme d'obligations spécifiques mises à la charge des États. Ceux-ci s'engagent à assurer des mesures tendant à éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente²⁸ et assurer, entre autres, la prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres ainsi que la lutte contre ces maladies²⁹.

Quant aux normes de droit à la santé *lato sensu*, elles renvoient à une conception plus large du droit de la santé, dans le sens où ce dernier ne consiste pas uniquement, comme nous l'avons précisé précédemment, à bénéficier des soins médicaux en cas de maladie ou par l'existence d'un système de santé publique visant à prévenir et à éradiquer la maladie. C'est également le droit de vivre dans des conditions décentes au plan économique. Plus concrètement, le droit à la santé, dans son acceptation *lato sensu*, est « *le droit fondamental qu'a toute personne d'être à l'abri de la faim* »³⁰ et de la malnutrition³¹. Le lien entre droit de santé et droit à la nourriture est mis en exergue par la déclaration universelle pour l'élimination définitive de la faim et la malnutrition.

Le droit à la santé est compris également comme « *le droit de toute personne à un niveau de vie suffisant pour elle-même et sa famille, y compris une nourriture, un vêtement et un logement suffisant, ainsi qu'une amélioration constante de ses conditions d'existence* »³². C'est, par ailleurs, le droit à l'éducation et à l'instruction³³. Un autre champ peut être inclus dans la portée du droit à la santé, c'est « l'éducation physique et le sport [qui] contribuent à la préservation et l'amélioration de la santé »³⁴. Il comprend de même la coopération culturelle qui « améliore les conditions de la vie spirituelle de l'Homme et son existence »³⁵. Et les exemples de textes juridiques qui tissent un lien implicite entre l'énoncé d'un droit à la santé et sa réalisation sont multiples. Cela confirme que le droit à la santé est un droit dont la jouissance doit se

²⁷ - Déclaration sur le progrès et le développement dans le domaine social. AG Res. 2542 (XXIV) Doc.off. 1969, art 10 d et art 19 a

²⁸ - Charte sociale européenne, article 10

²⁹ - Pacte sur les droits économiques, article 12 §2 ; Charte sociale européenne, article 11 § 3.

³⁰ - Pacte sur les droits économiques, article 11§2.

³¹ - Déclaration 2542, article 10 b

³² - Pacte des droits économiques, article 11 §2

³³ - Pacte des droits économiques, article 13 ; Charte africaine, article 11§1

³⁴ - Charte internationale de l'éducation physique et des sports, Doc. UNESCO, 1978, article 2§ 2.2

³⁵ - Déclaration des principes de la coopération culturelle internationale. Doc UNISCO, Actes de la conférence générale, Vol 3, 14^{ème} session, 1966, p 409, article 4 § 5.

faire sans aucune discrimination et s'il y a lieu de l'appliquer, elle est, dans ce cas, une discrimination positive envers certaines catégories d'êtres humains (les enfants, les mères, les réfugiés, les immigrants, les sans-papiers).

En Tunisie, le droit à la santé est garanti par l'article 38 de la Constitution de 2014 qui stipule expressément « *Tout être humain a droit à la santé. L'État garantit la prévention et les soins de santé à tout citoyen et assure les moyens nécessaires à la sécurité et à la qualité des services de santé. L'État garantit la gratuité des soins pour les personnes sans soutien ou ne disposant pas de ressources suffisantes. Il garantit le droit à une couverture sociale conformément à ce qui est prévu par la loi* ». Dans la continuité de son engagement pour la consécration du droit à la santé, la Tunisie a ratifié plusieurs instruments internationaux que nous avons exposés précédemment comme le Pacte international des droits économiques, sociaux et culturels, en 1969. De même, le gouvernement tunisien a adopté les 17 objectifs du développement durable (ODD) formulés par l'Assemblée générale des Nations-Unies, en septembre 2015³⁶. On retiendra le troisième objectif qui vise à « *permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être à tout âge* ».

2. Le droit à la santé face au contexte de la pandémie de la Covid-19 : quelles réalités ?

La pandémie de la Covid-19, crise sanitaire mondiale sans précédent, a créé une urgence planétaire touchant toutes les dimensions de la vie humaine qu'elle soit économique, politique, sociale et notamment de santé publique.

Pour faire face au caractère extraordinaire de la situation et afin de préserver les vies de leurs citoyen.nes, les pays du monde entier n'avaient aucune autre solution que de prendre des mesures exceptionnelles allant de la fermeture de leurs frontières, à la mise en place de couvre-feu jusqu'à l'obligation du confinement total et à grande échelle des populations et ce dans l'espoir de freiner la propagation du virus. Toutefois, l'application de ces mesures a privé les citoyen.nes de la jouissance de leurs droits de façon directe, comme la liberté de circulation, due à l'obligation de distanciation sociale. Mais, ces mesures ont eu un impact important touchant à la fois les moyens de

³⁶ - L'ONU présente les 17 objectifs du développement durable comme la marche à suivre pour parvenir à un monde meilleur et plus durable pour tous. Ces objectifs répondent aux défis actuels auxquels le monde est confronté, notamment ceux liés à la pauvreté, aux inégalités, au climat, à la paix et à la justice, des objectifs à réaliser d'ici 2030.

subsistance, le travail, l'éducation, la culture et les loisirs et notamment, l'accès aux soins. Ceci nous renvoie à l'altération du droit à la santé dans sa définition la plus large.

Ainsi, la lecture de la crise sanitaire causée par la Covid-19 au prisme des droits humains révèle des réalités difficiles sur le terrain, surtout pour les populations marginalisées et vulnérables. Avec la diffusion du virus Sars-Cov-2 dans les quatre coins du monde, l'histoire se répète comme le rappelle Didier Fassin : « *Les historiens l'ont montré par le cholera en 1830, les épidémiologistes l'ont établi pour la grippe espagnole en 1918 à Chicago et pour le Sida au début des années 2000 en Afrique du Sud. En ce qui concerne la Covid-19, les premières analyses faites aux USA montrent que le risque pour les afro-américains d'être infectés est deux fois plus élevé que ne le laisserait supposer leur poids démographique dans la population générale, et que ce ratio est même de trois pour le risque de mourir* »³⁷. L'anthropologue annonce que « *l'idée commune selon laquelle le coronavirus nous affecte toutes et tous sans faire de différences, hommes et femmes, jeunes et vieux, urbains et ruraux, cadres et ouvriers, riches et pauvres, est certainement utile pour susciter l'adhésion de l'ensemble de la société aux nécessaires mesures de prévention...Mais elle est profondément fautive, et c'est même une illusion dangereuse, car elle mène à la cécité et à l'inertie là où la lucidité et l'action devraient prévaloir. L'invoquer peut donc sembler de bonne tactique, mais c'est une mauvaise stratégie* »³⁸.

Ces mêmes réalités se sont aggravées avec l'émergence de la Covid-19 qui vient s'ajouter à des crises préexistantes d'ordre économique, social ou sécuritaire. Ainsi, la Covid-19 a exacerbé la vulnérabilité des groupes qui sont le plus dans le besoin et souffrant déjà d'inégalités économiques et sociales. Parallèlement, la crise sanitaire a fait ressortir des déficiences criantes dans les systèmes de santé. Un rapport publié par les Nations-Unies³⁹, en avril 2020, a fait état des trois droits humains qui sont, par ordre de priorité, en première ligne de la pandémie.

Il s'agit, en premier lieu, du droit à la vie et à sa protection au vu du nombre de morts causées par la Covid-19 et qui a atteint actuellement, à travers le monde, deux

³⁷ - Didier Fassin, *L'illusion dangereuse de l'égalité devant l'épidémie* : leçon inaugurale de la chaire Santé publique au Collège de France, 16 janvier 2020, publié 16 avril 2020. <https://www.college-de-france.fr/site/didier-fassin/L-illusion-dangereuse-de-legalite-devant-lepidemie.htm>

³⁸ - *Ibid*

³⁹Covid-19 et droits humains : Réagissons ensemble ! Avril 2020, https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/covid-19_et_droits_humains.pdf

millions et demi. En Tunisie, les chiffres avancés par le ministère de la santé publique annoncent, en mars 2021, plus de deux cent trente milles cas confirmés.

En second lieu, le droit à la santé et l'accès aux soins qui est indissociable du droit à la vie. Pour les États du monde entier, la Covid-19 a été une épreuve difficile pour leurs systèmes de santé et leur capacité à garantir le droit à la santé à toute personne quel que soit son statut économique ou social. En effet, face à la crise planétaire de la Covid-19, les systèmes de santé ont été, non seulement, poussés à leurs limites au risque de s'effondrer mais la qualité des services médicaux est loin de répondre aux standards de la dignité humaine. La situation a montré des lacunes de planification dans la gestion des crises sanitaires. On peut évoquer, entre autres, l'accès aux tests, aux soins spécialisés pour les communautés défavorisées, aux soins intensifs lorsqu'ils sont nécessaires et actuellement, aux vaccins anti-Covid⁴⁰.

Le troisième droit est la liberté de circulation qui a été réduite dans l'espoir de rompre la chaîne de transmission du virus. Cette restriction est allée jusqu'à imposer le confinement total des populations, décision qui n'a pas été sans impact sur les revenus et les moyens de subsistance de certaines catégories sociales, aggravant ainsi leurs conditions de vie déjà précaires. De fait, la Covid-19 a gagné, haut la main, le titre de virus des inégalités, consacré lors du *festival des incertitudes*⁴¹ que célèbre l'humanité entière. Pour Antonio Guterres, Secrétaire général des Nations-Unies, « *la pandémie a été comparée à une radiographie qui révélerait des fractures dans le squelette des sociétés que nous avons construites. Elle fait ressortir les aberrations et les contre-vérités que l'on entend partout : le mensonge selon lequel le libre-échange peut permettre de fournir des soins de santé à toutes et à tous, la fiction selon laquelle le travail non rémunéré qui consiste à apporter des soins à autrui n'est pas un travail, l'illusion de croire que nous vivons dans un monde post-raciste, le mythe selon lequel nous sommes tous dans le même bateau. Car si nous naviguons tous dans les mêmes eaux, il est clair que certains sont dans des méga-yachts tandis que d'autres s'accrochent aux débris qui dérivent* »⁴².

⁴⁰- Covid-19 : l'OMS fustige l'accaparement du vaccin par certains pays riches et prône le devoir d'équité <https://news.un.org/fr/story/2021/01/1087832>

⁴¹ - Edgar Morin, *Un festival d'incertitudes*, Paris, Gallimard, Collection Tracts, Série Tracts de crise (n° 54), 21-04-2020.

⁴² - Antonio Guterres, *Lutter contre la pandémie des inégalités : un nouveau contrat social pour une nouvelle ère*. Allocution du secrétaire général des Nations Unies à l'occasion de la journée internationale Nelson Mandela, Nations Unies (2020).

Le diagnostic de cette radiographie révèle des réalités en termes d'inégalités qui doivent être pris en considération pour dresser les éventuelles stratégies de riposte contre la pandémie. La première réalité révélée est, sans doute, la fragilité des systèmes de santé, conséquence directe du sous-financement de la santé publique, accompagné de la marchandisation du secteur qui consiste, par un processus multiforme, à transformer en marchandise standardisée et évaluable en termes monétaires, un service sanitaire qui ne l'était pas. Selon Sébastien Franco⁴³, la marchandisation et sa vision contractuelle du soin mettent en tension les aspirations et les principes du personnel de la santé dont l'objectif premier demeure l'attribution de soins à tout être humain dignement et efficacement. Or, cette marchandisation engendre un type de relation entre les professionnels de la santé et les patients autre que celui de « soignant- soigné », un rapport déshumanisé, vide de sens et qui met en place une médicalisation à deux vitesses s'écartant de toute forme d'égalitarisme et de justice distributive en matière de santé⁴⁴.

La seconde réalité affirmée comme conséquence directe de la pandémie Covid-19, est l'immense impact qu'elle a eu sur le quotidien des populations vulnérables et précisément sur leurs moyens de subsistance. Tous les acteurs sont d'accord que le virus ne discrimine pas, contrairement à ses conséquences. Ce gap discriminatoire est dû essentiellement aux différences de priorisation accordée par les États aux droits économiques et sociaux et notamment le droit à la santé dans sa définition la plus large telle qu'avancée précédemment, et qui s'avèrent être les meilleurs garants d'une résilience en temps de crise.

En Tunisie, comme partout dans le monde, une grande partie de la population vit déjà dans une sévère précarité avec un pouvoir d'achat épuisé face à une inflation galopante, due à un contexte économique et politique instable voire dégénèrescent⁴⁵. Selon Hamadi Redissi⁴⁶, au lendemain du confinement, la Tunisie a cumulé 150000 chômeur.es de plus faisant passer le taux de chômage de 15% à 18% et une contraction du taux de croissance de 4%.

⁴³ - Sébastien Franco, « Les systèmes sanitaires face à la marchandisation de la santé », *Gresca*, avril 2018.

⁴⁴ - Joseph Heath, « Les soins de santé comme marchandises », in *Ethique publique* « Ethique et allocation des ressources en santé », Vol 5 n° 1/2003.

⁴⁵- Olfa Lamoum, *Tunisie. Une gestion sécuritaire du Covid-19 au détriment du droit à la santé*, 29 avril 2020, <https://orientxxi.info/magazine/tunisie-une-gestion-securitaire-du-covid-19-au-detriment-du-droit-a-la-sante,3839>

⁴⁶ - Hamadi Redissi, « La Tunisie face au Covid-19 Penser ensemble, agir de concert », in *The Corona Crisis in Light of the Law-as-Culture Paradigm* <http://www.recht-als-kultur.de/de/aktuelles/>

Par ailleurs, une étude réalisée par le PNUD sur l'impact économique de la Covid-19 en Tunisie⁴⁷, consacrée à l'analyse de la vulnérabilité des ménages et des micros et petites entreprises, a montré que la vulnérabilité des ménages tunisiens s'est accentuée, doublement, en termes de pauvreté monétaire et de pauvreté multidimensionnelle en se basant sur des indicateurs monétaires calculés à partir des dépenses engagées pour l'alimentation, la santé et l'éducation. Il en ressort qu' « en l'absence de mesures d'atténuation par l'État, le taux de pauvreté monétaire était de 15.2% avant le choc du Covid-19 pour passer à 19.2%, faisant basculer environ 457500 individus dans la pauvreté et les franges les plus impactées par la Covid-19 sont les ouvriers et les autres inactifs... »⁴⁸. La même étude montre que pour la pauvreté multidimensionnelle, celle-ci passerait, « en l'absence d'un programme social adéquat, de 13.2% à 15.6% et que les femmes sont plus impactées relativement aux hommes »⁴⁹.



Mnihla (gouvernorat de l'Ariana), 30 mars 2020.
Des habitants se rassemblent avec leur carte d'identité devant le siège de la délégation, pour protester contre le confinement et réclamer l'aide financière promise par le gouvernement.
Fethi Belaid/AFP

⁴⁷ - Impact économique du Covid-19 en Tunisie. Analyse en termes de vulnérabilité des ménages et des micros et petites entreprises.

[https://unictunis.org.tn/Users/UNIC%20Tunis/Downloads/UNDP-TN-Impact-covid-sur-l%C3%A9conomie-tunisienne-2020%20\(2\).pdf](https://unictunis.org.tn/Users/UNIC%20Tunis/Downloads/UNDP-TN-Impact-covid-sur-l%C3%A9conomie-tunisienne-2020%20(2).pdf)

⁴⁸ - *Ibid*, p 33.

⁴⁹ - *Ibid*, p 41.

Les inégalités exacerbées par la pandémie ont mené à des manifestations revendicatives comme expression de la colère sociale face à la déficience des autorités publiques dans la gestion de la crise, toutes dimensions confondues. De plus, il est apparu que la crise de la Covid-19 a créé un cercle vicieux en rapport avec les inégalités : les inégalités chroniques et préexistantes donnent au virus l'occasion de s'installer et de se propager au sein des populations qui en souffrent déjà. Les répercussions sont calculées en termes de vie ainsi que de moyens de subsistance. L'exemple le plus frappant a été celui de la délégation de la Hamma du gouvernorat de Gabès qui a été déclarée, en août 2020, comme une ville cluster face à un désert sanitaire. Plusieurs autres villes tunisiennes ont connu la même détresse due à l'incapacité des citoyen.nes à jouir concrètement de leur droit à la santé. Devant une telle gravité de la situation épidémiologique, la population locale a été lésée dans son quotidien qui, à l'image de la réalité du vécu, est synchronisé par des inégalités territoriales bien ancrées. À ce propos, en 2016, l'Association tunisienne du droit à la santé (ATDDS) a publié un rapport où elle dresse un état des inégalités en rapport avec le droit à la santé⁵⁰. Ainsi, malgré les importantes réalisations acquises en matière de santé depuis l'indépendance, une partie importante des Tunisiens connaît des difficultés d'accès à des soins de proximité et de qualité et ne jouit pas concrètement du droit à la santé. Selon ce même rapport, les inégalités touchent les déterminants sociaux de la santé comme la pauvreté, le chômage, les logements insalubres, le manque d'accès à l'eau potable et l'assainissement. Ces inégalités touchent davantage les régions de l'Ouest et du Sud et les femmes plus que les hommes. Le second type d'inégalités porte sur l'incohérence de l'offre des soins qui, malgré une offre territoriale importante, reste disparate et inégalitaire. À ce propos, dans un rapport publié par la Banque Africaine pour le Développement en 2014, il en ressort que trois gouvernorats appartiennent au cluster le plus favorisé : il s'agit de Tunis, Sousse et Monastir alors que les gouvernorats de Jendouba, Kairouan, Kasserine et Sidi Bouzid forment le cluster le plus défavorisé. Le restant des gouvernorats souffre de déficit plus ou moins important selon la nature des ressources dont ils disposent⁵¹.

De surcroît à ces inégalités territoriales d'accès à la santé, le système sanitaire en Tunisie souffre d'un problème criant de disponibilité des médicaments essentiels.

⁵⁰ - Rapport sur le droit à la santé en Tunisie, Octobre 2016. <https://ftdes.net/rapports/ATDDS.pdf>

⁵¹ - La Banque africaine de développement, Quelles politiques pour faire face aux inégalités d'accès aux soins en Tunisie?, in Notes économiques, 2014. <https://www.afdb.org/fr/documents/document/economic-brief-what-policies-should-be-implemented-to-address-inequalities-in-health-care-in-tunisia-47689>

Cette situation est due à la double absence d'une politique active de rationalisation de l'usage des médicaments et d'une liste actualisée selon les standards de gestion du stock national en médicaments essentiels. À titre d'exemple, citons la rupture du vaccin de la grippe saisonnière pendant le dernier trimestre de l'année 2020 et plus de 500 autres médicaments dont plusieurs correspondent à des traitements de maladies chroniques. Le droit aux soins doit se faire dans un cadre digne et de qualité ce qui n'est pas le cas pour la santé publique en Tunisie. Tous les acteurs impliqués dans ce secteur réclament de meilleures conditions pour l'exercice médical. En effet, « *le parcours de soins est ressenti comme une épreuve insupportable, en particulier pour les malades chroniques des régions de l'ouest et du sud, avec ses déplacements longs, coûteux et fréquents. Les rendez-vous obtenus sont incertains pour se rendre dans des structures où les malades se sentent totalement perdus sans l'aide d'une connaissance* »⁵².

Nombre de médecins actifs dans les pays du Maghreb et nombre de médecins nés dans ces pays et résidents en France en 2012

	Algérie	Maroc	Tunisie
Nombre de médecins actifs dans les pays du Maghreb	48 184	19 770	13 640
Nombre de médecins nés dans les pays du Maghreb et résidents en France	14 847	6 230	3 846
Taux d'émigration	24 %	24 %	22 %

Source : Calculs effectués par Musette, Abdellaoui et Zehnati (2016) à partir des données fournies par les Ministères de la Santé des trois pays, INSEE et CNOM.

Taux d'émigration des médecins maghrébins spécialistes résidents en France en 2014

Spécialité	Algérie	Maroc	Tunisie
Médecine générale	4%	3%	1%
Anesthésie et réanimation	13%	23%	24%
Psychiatrie	30%	19%	12%
Radiologie	16%	10%	10%
Gynécologie –obstétrique	3%	6%	3%
Ophthalmologie	13%	4%	3%

Source : Calculs effectués par Musette, Abdellaoui et Zehnati (2016) à partir des données fournies par le CNOM en 2014.

La troisième réalité qui a causé une réelle hémorragie au système sanitaire tunisien est la fuite des médecins tunisiens vers l'étranger, plus particulièrement en France.

⁵² - Les rendez-vous régionaux de la santé. Dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé, 2014. <http://www.hiwarsaha.tn/upload/1554125796.pdf>

Devant des taux d'émigration élevés des médecins, ce phénomène ne pourrait être que néfaste pour les pays d'origine et notamment la Tunisie. Si l'hémorragie ne s'arrête pas, le service sanitaire risque de connaître dans quelques années une forte pénurie de médecins compétents. La fuite de nos médecins vers la France et autres pays étrangers, cause, d'une part, la perte d'un capital humain de qualité et, d'autre part, impacte directement la qualité des services de santé et freine les efforts nationaux à mettre fin aux déserts médicaux. Selon Mohamed Kouni, « *même en cas où la fuite des médecins pourrait générer un effet positif sur les incitations à l'éducation en médecine et sur le revenu dans les pays du Maghreb, ces gains demeurent bruts et ils ne pourront jamais compenser la perte qui en découle* »⁵³. En ce temps de pandémie, le besoin en compétences médicales a été criant, ce qui a poussé le ministre tunisien de la santé publique, en novembre 2020, à solliciter l'aide des médecins travaillant à l'étranger dans la lutte contre le coronavirus. Le nombre de ces médecins est estimé à 3000.

3. Le droit à la santé et l'après-Covid-19 : quelles perspectives ?

La pandémie de la Covid-19 a montré, au grand jour, que la santé ne doit pas être considérée comme un coût mais comme un investissement. Ainsi, la Covid-19 a conduit à une redéfinition, singulière dans son ampleur et sa rapidité, de l'ordre des priorités de la société. Là où la maîtrise des dépenses était la priorité, il faut désormais agir « quoi qu'il en coûte ». L'image de l'hôpital public s'est transformée de celle d'un foyer de coût et de sous-productivité à celle de lieu où l'on sauve quotidiennement des vies. Les calculs de l'économie tombent à l'eau devant la préservation de la vie humaine. En effet, le virus a mis en exergue ce qui compte vraiment pour les hommes et ce qu'ils valorisent le plus dans la vie en société. Certains métiers ont gagné leur titre de noblesse comme le personnel médical, les chauffeurs de transport public ou le personnel des supermarchés.

Dans l'espoir d'une fin proche de la pandémie avec le lancement des campagnes de la vaccination à travers le monde, il serait de l'ordre de l'inconcevable de revenir à la société inégalitaire d'avant la crise. Pour l'écrivaine Arundhati Roy : « *au cours de l'histoire, les pandémies ont forcé les humains à rompre avec le passé et à réinventer leur univers. En cela, la pandémie actuelle n'est pas différente des précédentes. C'est un portail entre le monde d'hier et le prochain. Nous pouvons choisir*

⁵³ - Mohamed Kouni, « Fuite des médecins dans les pays du Maghreb central : raisons et impacts », in AFKAR/IDEES, printemps 2019, pp 52-54.

*d'en franchir le seuil en traînant derrière nous les dépouilles de nos préjugés et de notre haine, notre cupidité, nos banques de données, nos idées défuntes, nos rivières mortes et nos ciels enfumés. Ou nous pouvons l'enjamber d'un pas léger, avec un bagage minimal, prêt-e-s à imaginer un autre monde et prêt-e-s à nous battre pour lui »⁵⁴. De même, Klaus Schwab, président exécutif du Forum Économique Mondial et organisateur du forum de Davos, a récemment mis en question l'idéologie néolibérale, affirmant qu'il était temps de « *s'éloigner du néolibéralisme dans l'ère post-Covid* »⁵⁵. Le Financial Times a indiqué la nécessité d'apporter des réformes radicales pour « *inverser les orientations des politiques dominantes des quarante dernières années* »⁵⁶ plaidant en faveur de la redistribution des revenus de base et de l'impôt sur le futur.*

Sans l'avènement de la pandémie, il était impensable d'avancer de pareils arguments et de collecter une adhésion totale à ces thèses. Devant cette prise de conscience, la question qui se pose : « comment reconstruire l'après Covid-19 afin de garantir un droit à la santé accessible à tous et à toutes, dans sa définition la plus large ? » Pour une santé qui se place comme la priorité des priorités, il faudrait combattre la pauvreté, lutter contre les déserts médicaux, désengorger les services des urgences et appuyer les campagnes de prévention. Mais comment procéder ?

Il s'agit essentiellement d'un repositionnement de posture dans les mécanismes des systèmes de santé et de leurs protocoles de fonctionnement. Ceci suppose de remettre le patient au cœur du système en délaissant la politique de marchandisation de la santé et en arrêtant la course vers la rentabilité des institutions hospitalières. En effet, il a été prouvé que raisonner en termes de contraintes budgétaires et non de santé publique, limite la souplesse nécessaire pour faire face à une crise sanitaire. Avec l'épidémie de la Covid-19, le changement à apporter impérativement est celui d'adopter une gestion des hôpitaux en fonction des besoins et non en fonction de leurs budgets.

Sur un autre plan, ce changement conduira à redonner au secteur de la santé publique son vrai sens. En effet, le secteur de la santé publique a pu renouer avec ses

⁵⁴ - Arundhti Roy, « The pandemic is a portal », in *Financial Times*, 2020. <https://www.ft.com/content/10d8f5e874eb-11ea-95fe-fcd274e920ca>

⁵⁵ - Klaus Schwab, We must move on from neoliberalism in the post-COVID era. Forum économique mondial. <https://www.weforum.org/agenda/2020/10/coronavirus-covid19recovery-capitalism-environment-economics-equality/>

⁵⁶ - Financial Times, *Virus lays bare the frailty of the social contract*, 2020. <https://www.ft.com/content/7eff769a-74dd-11ea-95fe-fcd274e920ca>

fondamentaux à savoir assurer le soin, la guérison et l'aide aux malades, loin de la culture mercantile du secteur privé de la santé.

Investir dans la santé revient également à investir dans les filières stratégiques au secteur comme celles du matériel de protection contre les pandémies afin d'éviter de revivre une pénurie de masques comme celle que nous avons connu au début de la pandémie au niveau international⁵⁷ et national.

Par ailleurs, il est indispensable de réorganiser les soins de premier secours pour mieux répondre aux besoins de la population et d'engager une réelle réflexion sur le rôle et la taille de l'État, un rôle qui prend un relief particulier lorsqu'une pandémie éclate et étale au grand jour l'enjeu d'un système sanitaire public compétent et capable de gérer les situations extrêmes en faveur de tous.tes les citoyen.nes.

Conclusion

La pandémie de coronavirus a mis au jour et exacerbé les inégalités de richesse et de genre. Cette crise a exposé au grand jour les problèmes inhérents à un système économique mondial défaillant et à d'autres formes d'oppression structurelle qui condamne les personnes pauvres, les femmes, les ruraux et la main d'œuvre informelle partout dans le monde à lutter encore plus pour leur survie. La crise sanitaire a donné à l'humanité une leçon, celle de « déconstruire » le monde brutal, inégal et non durable d'avant la crise du coronavirus et de créer un monde qui inclue des voix diverses et multiples, de manière collective, dans le respect des principes de la démocratie et des droits humains.

L'objectif serait alors, lorsque cette crise aura été surmontée et que le coronavirus aura été maîtrisé, que la communauté internationale et les gouvernements des différents pays s'investissent et s'engagent pour garantir le droit à la santé. Cela passe par la réalisation du troisième objectif du développement durable, en particulier les cibles concernant la couverture sanitaire universelle et le renforcement des capacités de tous les pays en matière d'alerte précoce, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux. Ils auront la tâche de lutter contre les inégalités et les discriminations qui ont rendu certaines catégories sociales plus vulnérables, tant à la maladie qu'aux conséquences économiques et sociales de la riposte.

⁵⁷ - <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1690419/masques-canada-chine-quebec-avion-detournes>

Inégalités et Santé en Tunisie

Mhamed ben Salah

Introduction

En ces temps de crises sanitaires, politiques et économiques, le sujet des inégalités en Tunisie reste trop peu abordé de la part de toutes les parties prenantes dans le débat public. En effet, ni les problèmes économiques dont le volet financier domine les débats, ni la tension sociale illustrée par les récents soulèvements des jeunes des quartiers populaires, ni encore la crise sanitaire n'a été abordée du point de vue de la question des inégalités. Cette question est pourtant centrale et omniprésente par ses implications sur toutes les dimensions de la crise que traverse le pays. Le sujet, lorsqu'il est traité, est bien trop souvent mal posé, mal exposé et donc mal compris. L'idée par exemple selon laquelle les inégalités se résument uniquement aux disparités régionales, n'a pas permis une lecture complète de la question, qui revêt bien plus de dimensions que la seule géographie. Aussi bien les revendications autour du chômage et de la précarité, issues des mouvements sociaux initiés par les catégories sociales les moins favorisées, que celles des jeunes de la classe moyenne sur les questions d'opportunités économiques et d'économie de rente, gagneraient à se greffer à une discussion sereine et sérieuse autour de la question centrale des inégalités.

L'objectif de cet article est d'apporter un éclairage, par les chiffres, sur la situation des inégalités en Tunisie, et de la lier aux inégalités d'accès à un secteur vital et au centre des préoccupations, qu'est le secteur de la santé. Nous allons dans un premier temps faire un point sur l'état des inégalités en Tunisie. Nous allons nous intéresser aux différentes façons de les mesurer, mais également identifier les différents types d'inégalités et leurs origines. Dans un deuxième temps, nous ferons un état des lieux des inégalités d'accès à la santé, aussi bien physique que financier.

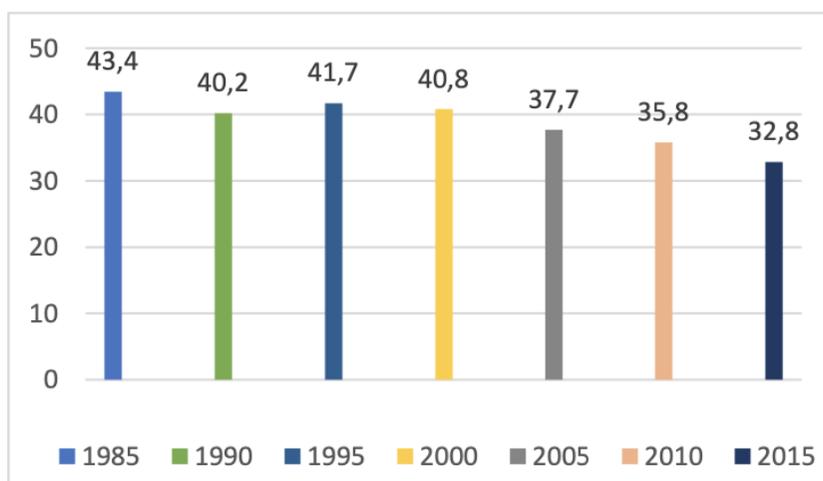
1. Inégalités certes, mais lesquelles ?

Nous allons dans cette section tenter d'apporter plus de détails quant à cette

notion d'inégalité bien trop souvent traitée comme quelque chose de simple et d'uniforme alors que celle-ci est complexe et comprend plusieurs dimensions.

Si on en croit les données sur la consommation des ménages, les inégalités seraient en baisse en Tunisie depuis 1995 comme en témoigne la figure (1). On voit que l'indice de Gini, une des mesures les plus courantes de l'inégalité, décroît, notamment entre 2005 et 2010 et de manière encore plus importante entre 2010 et 2015. De plus, et ce malgré un taux de pauvreté de 15% et un taux de chômage tout aussi élevé en 2015, le niveau des inégalités serait considéré comme bas comparé à la majorité des pays d'Amérique Latine ou encore à nos voisins Marocains, Italiens, Espagnols ou Turcs, et se situerait au même niveau que la France.

Figure 1 – Evolution de l'indice de Gini pour les dépenses des ménages entre 1985 et 2015



Source: *Les inégalités en Tunisie*, AFD

Cependant, le soulèvement populaire de 2011, la recrudescence des mouvements sociaux, comme constaté par l'Observatoire Social Tunisien (OST), du Forum Tunisien pour les Droits Économiques et Sociaux (FTDES), ou encore toutes les études de terrains effectuées par différents chercheurs en économie, en sociologie ou même en psychologie, laissent 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, ce que Krafft et Davis (2019) ont appelé "*The Arab Inequality Puzzle*", nous allons tenter répondre à deux catégories de questions :

- (1) Comment mesurer les inégalités ?
- (2) De quel type d'inégalités parle-t-on ? Ne sont-elles qu'inter-régionales ?

Comment mesurer les inégalités ?

Une des mesures les plus courantes des inégalités est en effet celle basée sur la consommation des ménages. Elle est utilisée par la Banque Mondiale (BM) ou encore l'Institut National de Statistiques (INS), et reprise notamment par l'Agence Française de Développement (AFD) dans son rapport "Les inégalités en Tunisie" paru en Septembre 2020. La difficulté que représente la mesure de tous les types de revenus (formel, informels, agricoles, rentes, etc.) est la principale motivation derrière ce choix. Cette mesure est bien évidemment imparfaite car elle se base sur l'hypothèse selon laquelle deux ménages qui consommeraient la même somme d'argent auraient les mêmes revenus et se situeraient donc au même niveau socio-économique. Si cette hypothèse peut paraître plausible pour les revenus faibles ou moyens, elle l'est de moins en moins à mesure que les revenus augmentent. Elle demeure cependant la seule manière d'estimer les inégalités, notamment en Tunisie où les enquêtes sur la consommation des ménages sont effectuées régulièrement depuis 1967⁵⁸ et où des données complètes et fiables sur les revenus des individus et des ménages sont pratiquement inexistantes. Une des seules enquêtes effectuées qui recense les revenus sous leurs différentes formes est le "*Tunisia Labor Market Panel Survey*" (TLMPS 2014).

Krafft et Davis (2019) utilisent les données de l'enquête TLMPS 2014, ainsi que son équivalent égyptien (ELMPS 2012), afin d'analyser les inégalités en Tunisie et en Égypte en utilisant les revenus des ménages et non leur consommation, et en se concentrant plus en détails sur les différentes sources de ces revenus. Le premier élément intéressant est le fait qu'en utilisant cette mesure des inégalités basée sur les revenus, leur niveau en Tunisie se révèle être bien plus élevé, et notamment plus important que pour plusieurs pays d'Amérique Latine comme l'Argentine, le Mexique ou encore le Brésil, ce qui n'était pas le cas en comparant les mesures utilisant la consommation des ménages pour ces mêmes pays. Il semble donc clair qu'une analyse des inégalités basée sur la consommation dans le cas Tunisien est pour le moins

⁵⁸ Dix enquêtes ont été réalisées depuis l'indépendance : 1967, 1975, 1980, 1985, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 et 2015.

incomplète. Que nous révèle donc l'enquête TLMPs 2014 sur les inégalités en Tunisie ?

Tout d'abord, nous notons que le niveau social d'un ménage tunisien, semble dépendre de sa capacité à multiplier les sources de revenus. Comme nous pouvons le voir dans le tableau (1),

Les ménages à revenus plus élevés, ont en moyenne plus de sources de revenus. Le nombre de sources étant manifestement un déterminant important du niveau de revenu, il semble donc essentiel de s'y attarder.

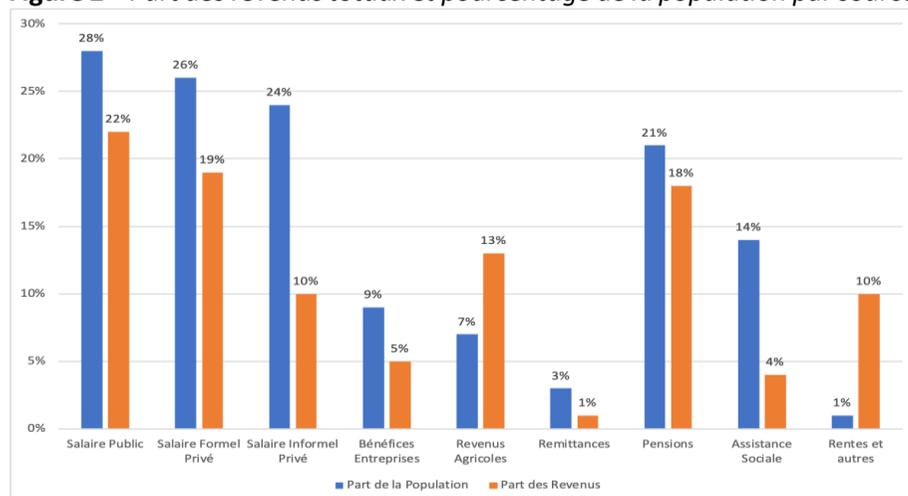
Table 1 – Nombre de sources de revenus moyen par quintile

Niveau de revenus	Nombre de sources
Les plus pauvres	1.1
Pauvres	1.2
Moyen	1.2
Riches	1.4
Les plus riches	1.8
Total	1.3

Source: TLMS 2014, Krafft et Davis (2019)

Les sources de revenus ont été divisées en neuf catégories. La figure (2) nous donne le pourcentage de la population dont le ménage a accès à chacune des différentes sources de revenus, ainsi que la part des revenus totaux issus de la source en question.

Figure 2 – Part des revenus totaux et pourcentage de la population par source de revenu

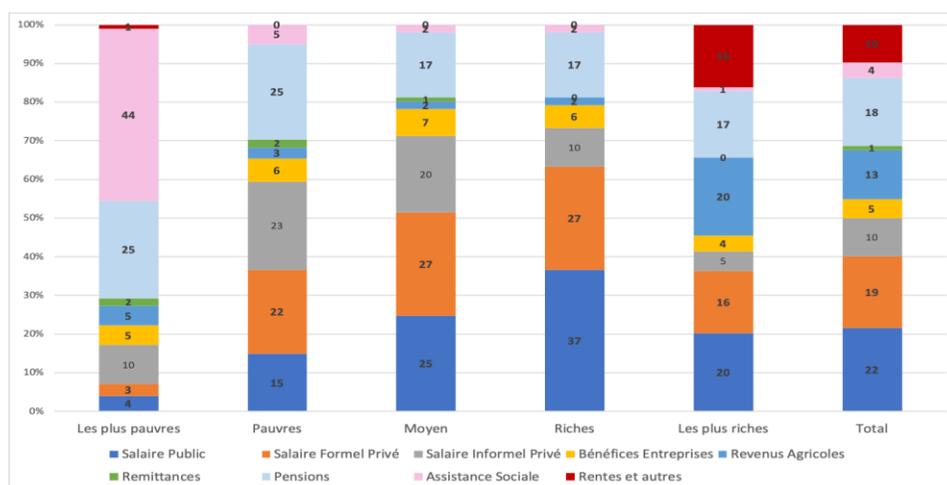


Source: TLMS 2014, Krafft et Davis (2019)

Nous pouvons voir que plus de trois quarts de la population tunisienne vit dans un ménage qui comprend au moins un salarié, avec la fonction publique comme source de revenu la plus courante. Cependant les salaires dans leur ensemble ne représentent qu'à peine la moitié des revenus totaux. Il est également intéressant de constater que seul 7% de la population est concerné par les revenus agricoles, qui représentent 13% des revenus. Pour ce qui est des rentes (immobilier, capital et autres), elles représentent 10% de la totalité des revenus, mais ne sont détenues que par 1% de la population. Nous pouvons aussi noter que seul 9% de la population est concerné par les revenus de l'entrepreneuriat, qui ne représentent que 5% des revenus, ce qui est relativement faible comparé à un pays comme l'Égypte dans lequel plus de 20% de la population est concerné et qui représente 18% des revenus.

La structure des revenus varie également beaucoup entre les différents niveaux de richesse, et il est important de savoir quelle frange de la population est concernée par les différentes sources de revenus. Comme nous pouvons le voir sur la figure (3), la possibilité d'accéder à un salaire formel et en particulier à un salaire dans la fonction publique semble permettre de s'extirper de la catégorie la plus pauvre de la population et de se hisser jusqu'à la catégorie des 60 à 80% les plus riches. Les revenus issus d'une activité informelle semblent quant à eux permettre également de sortir de la frange la plus pauvre de la population, mais ne semblent pas permettre d'atteindre de hauts niveaux de richesse.

Figure 3 – Structure des revenus selon les différentes sources par quintile



Source: TLMS 2014, Krafft et Davis (2019)

Pour ce qui est du haut de la distribution des revenus, on observe un

changement flagrant et drastique de la structure du revenu des 20% les plus riches. En effet, nous constatons une baisse importante du revenu salarié, et une augmentation très importante des revenus agricoles et des revenus de la rente. Lorsque l'on compare cela avec la figure précédente, on se rend compte que le pourcentage de la population touchant les revenus de rente est exclusivement composé de la frange de la population la plus riche. Pour finir, notons que si l'entrepreneuriat ne permet qu'à très peu de gens d'en tirer un revenu, il ne semble pas non plus être à l'origine d'une amélioration significative du niveau socio-économique de ses bénéficiaires.

Les deux graphiques précédents nous permettent déjà de mettre le doigt sur les sources de revenus qui semblent être à l'origine des inégalités en Tunisie, à savoir les revenus agricoles et les rentes. Krafft et Davis (2019) vont plus loin dans leur analyse en utilisant le coefficient de variation (CV) comme mesure des inégalités, ce qui permet de décomposer celles-ci par source de revenu. Le CV est calculé une première fois de manière globale et décomposé par source de revenus, puis une deuxième fois au sein de chaque source de revenus. En d'autres termes, nous allons voir si les revenus agricoles par exemple, sont distribués de manière équitable dans la population entière, mais également si parmi les 7% de la population qui touche un revenu agricole, ces revenus sont distribués équitablement entre eux. Comme nous pouvons le voir dans le tableau (2), les revenus agricoles ainsi que ceux de la rente sont globalement les plus inégalitaires, ou en d'autres termes les plus concentrés et les moins uniformément distribués. Lorsque l'on s'intéresse à la distribution de ces revenus au sein même de la population concernée par chacun d'entre eux, on voit que les revenus agricoles restent extrêmement concentrés, ce qui signifie que parmi les individus qui touchent un revenu issu de l'agriculture, seulement une minorité détient la majorité des revenus. Quant aux revenus issus de la rente, s'ils sont globalement répartis de manière inégale, ce n'est en revanche pas le cas parmi la population qui touche ce genre de revenus.

Table 2 – Décomposition des inégalités par source de revenu

	Public	Privé	Informel	Entreprise	Agricole	Rémittances	Pensions	Sociale	Rente
CV Global	3.02	3.01	2.31	4.46	14.89	11.1	5.08	4.90	17.06
CV pour Concernés	1.34	1.26	0.70	0.93	3.79	1.53	2.13	1.54	1.58
Correlation Revenu	0.197	0.168	-0.003	0.052	0.843	0.00	0.29	0.09	0.717
Contribution Relative (%)	3	2	0	0	46	0	9	1	39

Source: TLMS 2014, Krafft et Davis (2019)

En d'autres termes, nous pouvons dire que c'est l'accès à la rente qui est

inégal, donc que peu de gens dans la population touchent l'immense majorité des revenus de la rente, et non la distribution de ses revenus parmi ses détenteurs. On notera également que la source de revenu au sein de laquelle la distribution est la plus uniforme est le secteur informel, avec un CV de 0.70 qui peut être considéré comme relativement faible. Cela signifie que ce secteur est moins concentré et que les revenus y sont répartis de manière plus égalitaire que pour les sources de revenus formels.

La troisième ligne du tableau (2) nous donne la corrélation entre le fait d'être détenteur d'une de ces sources de revenus et le revenu total d'un individu et donc son niveau socio-économique. Encore une fois nous pouvons voir que le fait de recevoir un revenu agricole ou un revenu issu de la rente est positivement et fortement corrélé avec le niveau global de richesse. Cela signifie qu'une personne qui touche un de ces deux revenus a plus de chance d'avoir un revenu global plus élevé. Les autres sources de revenus ne sont que très faiblement, voire pas du tout corrélés au niveau de revenu de leur détenteur. Pour finir, un indice de contribution relative de chacune des sources de revenus aux inégalités globales est reporté dans la dernière ligne du tableau (2). Nous pouvons voir que 85% des inégalités de revenus en Tunisie sont causées par les revenus agricoles (46%) et les revenus de la rente (39%).

Le fait que les revenus issus de la rente soient un déterminant principal des inégalités, et que les bénéfices des entreprises par exemple ne le soient pas du tout, contrairement à ce qu'on peut voir dans un pays comme l'Égypte, soulève des interrogations sur le type d'inégalités présentes en Tunisie. En effet, il semble que les inégalités soient moins liées à un mérite entrepreneurial, à des prises de risque ou à un quelconque effort fourni, qu'à des rentes et du patrimoine le plus souvent transmis d'une génération à l'autre. Nous allons donc maintenant tenter de décortiquer cette question du type d'inégalités auxquelles fait face la Tunisie.

Quel type d'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. S'il est indéniable que la majorité des indicateurs socio-économiques sont, en moyenne, plus faibles dans ces régions, une analyse plus en profondeur de ces agrégats nous permet d'avoir une lecture différente de la situation. Les récents soulèvements de Janvier 2021 ne peuvent pas être expliqués par exemple par la géographie des mouvements sociaux "traditionnels" et des régions défavorisées, et sont localisés principalement dans les zones péri-urbaines et donc

autour des grandes agglomérations relativement riches.

Cela 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 régions défavorisées, étant des zones "côtières" considérées comme relativement aisées, mais où les inégalités sont souvent les plus brutales.

Dans son rapport, l'AFD utilise les données de l'enquête 2015 de l'INS sur la consommation des ménages et analyse les composantes inter et intra-régionales des inégalités. En utilisant une mesure d'inégalité basée sur des indices d'entropie générale qui permettent également de décomposer les inégalités entre différents groupes, il apparaît que les inégalités dites régionales sont loin d'être prépondérantes. En effet, la composante inter-régionale des inégalités est de 3,5% ce qui est faible comparé à la composante intra-régionale qui se situe entre 18 et 42% en fonction des méthodes utilisées. Cela signifie que les inégalités entre les ménages au sein même des différentes régions du pays, seraient beaucoup plus importantes que les inégalités entre ces régions. Lorsque l'on s'intéresse à certains indicateurs de développement humain, on remarque qu'il suffit de les désagréger au niveau des délégations pour se rendre compte que l'analyse régionale donne une image biaisée de la réalité du pays. Prenons par exemple le taux de pauvreté en 2005 issu de l'enquête ménage de l'INS. Nous pouvons voir que dans le gouvernorat le plus pauvre, à savoir Kasserine (28,5%), le taux de pauvreté dans la délégation de Kasserine Nord est de 12,1% alors que des délégations comme Kondar ou Zaouia-Ksiba- Thrayet à Sousse ont un taux de pauvreté plus élevé, et que celui-ci atteint 13,6% à Sijoumi et même 17,5% à Sidi Hassine dans le gouvernorat de Tunis. Le même phénomène apparaît lorsque nous nous intéressons aux pourcentages de réussite à l'épreuve du baccalauréat de 2010. En effet, à Gafsa, le gouvernorat ayant eu en moyenne le pourcentage le plus faible, plus de 60% des candidats ont obtenu leur baccalauréat dans les délégations de Gafsa Sud et Redeyef. Parallèlement, dans le gouvernorat de Sfax dont le pourcentage de réussite a dépassé les 70%, les délégations de Skhira et Hencha avec un taux de 56%, celle de Menzel Chaker avec 53% ou encore Ghraiba avec un taux de 50% ont eu des résultats plus faibles que les délégations de Gafsa. Même constat à Sousse Sidi-Abdelhamid ou encore à Djebel Jelloud ou Sidi el Bechir à Tunis. Pour finir, on notera que le taux d'alphabétisation en 2015 à Kasserine Nord est supérieur à celui de Mornag et Djebel Jelloud dans le grand Tunis.

Il semble donc nécessaire de déconstruire ce que l'on peut appeler le "mythe des inégalités régionales", et de se concentrer sur ce qui se passe au sein des régions.

D'un point de vue géographique, nous pouvons voir que plus le niveau d'analyse est désagrégé plus les cartes des inégalités se redistribuent. Il semble clair qu'une analyse au niveau des quartiers donnerait une image encore plus claire et plus éclatée de la réalité des inégalités, et écarterait encore plus ce mythe des inégalités régionales.

Au-delà de la géographie, il semble évident que les catégories sociales soient la principale source d'inégalités dans le pays. La catégorie socio-professionnelle et le niveau d'éducation des parents, ainsi que le niveau initial de richesse semblent être les déterminants principaux du niveau de richesse d'un individu, qu'on peut considérer comme étant majoritairement hérité. Cela nous conduit à notre deuxième point concernant les différents types d'inégalités. La littérature économique, depuis Roemer (1998) en passant par Marrero et Rodriguez (2013), fait la distinction entre inégalités d'opportunités, induites par des éléments qui vont au-delà du contrôle de l'individu, et inégalités de mérite qui sont à l'inverse dues aux éléments sur lesquels un individu a un contrôle direct. Marrero et Rodriguez (2013) vont jusqu'à montrer que ces deux types d'inégalités ont un impact opposé sur la croissance économique, avec les inégalités de mérite qui la renforcent et les inégalités d'opportunité qui la freinent. Faire la différence entre ces deux types d'inégalités, afin de lutter contre les inégalités d'opportunités lors de l'élaboration des politiques publiques, est donc non seulement nécessaire d'un point de vue social et individuel, mais est également un enjeu de croissance économique globale pour le pays. Pour tenter de trouver une réponse empirique quant au type d'inégalités dominant en Tunisie, revenons au travail de Krafft et Davis (2019), dans lequel les auteurs ont cherché à analyser les éléments qui expliquent qu'un individu ait accès aux différentes sources de revenu. Nous avons vu dans la section précédente que certaines sources de revenus sont corrélées avec le niveau de revenus global d'un individu et qu'elles génèrent également plus ou moins d'inégalités, avec notamment les revenus agricoles comme source principale d'inégalités. L'analyse des déterminants des sources de revenus est résumée dans le tableau (3). Nous pouvons voir que si l'éducation de l'individu a un impact significatif sur la probabilité de recevoir certaines sources de revenus, notamment le fait d'avoir un salaire public (positif) ou un salaire issu d'une activité informelle (négatif), la catégorie professionnelle du père semble être le déterminant principal. En effet, nous pouvons voir un impact fortement significatif de l'emploi du père sur la probabilité de recevoir plusieurs sources de revenus et notamment des revenus agricoles qui, comme nous l'avons vu précédemment, sont la source principale d'inégalités de revenus en Tunisie.

Si l'éducation de l'individu, et notamment le fait d'avoir un niveau secondaire et supérieur, semble également avoir un impact sur ses sources de revenus, il se doit d'analyser les déterminants de l'éducation d'un individu. Sont-ils déterminés uniquement par le mérite ou d'autres facteurs rentrent-ils en compte ?

Table 3 – Effets marginaux sur la probabilité de recevoir les différentes sources de revenus (logit)

	Public	Privé	Informel	Entreprise	Agricole	Rémittences	Pensions	Sociale
Genre								
Femme	-0.016	0.003	-0.017	-0.002	-0.004	0.002	0.039**	0.023*
Milieu								
Rural	-0.086***	-0.053***	0.027*	-0.056***	0.182***	0.010	-0.086***	0.023*
Age (moins de 15 omis)								
Age 15-24	-0.044	-0.022	0.098**	0.017	-0.027	-0.013	0.065***	0.003
Age 25-54	0.043	0.001	0.011	-0.021	-0.038*	-0.013	0.127***	0.035
Age 55 et plus	-0.132**	-0.154***	-0.117**	-0.062*	-0.028	0.008	0.621***	0.167***
Éducation (primaire omis)								
Aucune	-0.020	-0.068**	0.027	-0.017	0.007	0.007	-0.007	0.088***
Secondaire	0.121***	-0.071*	-0.089***	-0.017	0.065*	-0.010	0.029	-0.031
Universitaire	0.154***	0.031	-0.139***	-0.049**	-0.020	-0.022**	0.079*	-0.050*
Éducation de la mère (analp. omis)								
Primaire	-0.054*	0.054*	0.038	0.020	-0.0005	0.010	-0.035	-0.030
Secondaire et plus	0.067	0.150**	-0.133***	-0.028	0.007	-0.026***	-0.006	-0.021
Éducation du père (analp. omis)								
Primaire	0.001	0.043	-0.011	0.035*	-0.017	-0.005	0.030	-0.076
Secondaire et plus	0.040	-0.006	-0.113***	0.074**	0.033	0.042	0.062	-0.096***
Emploi du père (salaré omis)								
Employeur	-0.116**	-0.020	-0.093**	0.139***	0.163***	-0.012	0.049	-0.056**
Indépendant/Famille	-0.080***	-0.060*	-0.066***	0.156***	0.080***	-0.023***	0.015	0.009
Sans emploi	-0.091**	-0.031	-0.113***	0.006	0.010	-0.014	0.182***	0.065*

Estimation par régression logistique. Revenus de la rente non pris en compte car trop peu d'observations.

*** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05

Source: TLMS 2014, Krafft et Davis (2019)

Amara et Jemmali (2018) montrent, en utilisant l'enquête 2010 sur la consommation des ménages de l'INS, que la probabilité qu'un individu ait une éducation secondaire est positivement et significativement impactée par le niveau de revenu de la famille ainsi que le niveau d'éducation du chef de famille. Ceci est également confirmé par

l'enquête TLMPS 2014. En effet, Krafft (2016) montre que la probabilité qu'un individu poursuive un parcours universitaire est principalement déterminée par le niveau d'éducation des parents, comme nous pouvons le voir dans le tableau (4). Son analyse est d'autant plus intéressante qu'elle intègre dans son modèle la région de l'individu, et que toute chose égale par ailleurs, en tenant compte principalement des caractéristiques éducatives et professionnelles des parents, la région d'habitation de l'individu n'a aucun impact sur la probabilité qu'il poursuive un parcours universitaire. Cela renforce l'idée selon laquelle, les inégalités seraient plus induites par le niveau social de la famille que par la composante régionale.

Table 4 – Les déterminants de la poursuite d'un parcours universitaire (logit)

	Parcours universitaire
Genre	
Femme	0.005
Éducation de la mère (analp. omis)	
Lis et écrits	0.014
Primaire	0.049*
Secondaire	0.066
Universitaire	0.359*
Éducation du père (analp. omis)	
Lis et écrits	0.043
Primaire	0.059***
Secondaire	0.187***
Universitaire	0.237***
Secteur du père (privé. omis)	
Public	0.015
Nombre frères et sœurs (0-2 omis)	
3-7	-0.032
8+	-0.014
Année de naissance (1950-1959 omis)	
1960-1969	0.054***
1970-1979	0.090***
1980-1989	0.164***
Région (Nord Est omis)	
Nord Ouest	0.006
Centre Est	0.022
Centre Ouest	-0.006
Sud Est	0.004
Sud Ouest	0.040
Milieu (Urbain omis)	
Rural	-0.064***

Estimation par régression logistique. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Source: TLMPS 2014, Krafft (2016)

Pour finir, intéressons-nous à l'étude menée par Assaad et al. (2016) comparant les inégalités d'opportunités entre la Tunisie, l'Égypte et la Jordanie. Deux éléments essentiels ressortent de cette étude. Premièrement, les différences de salaires, de revenus et de consommation sont très importantes entre les individus dont le niveau d'éducation des parents diffère, ce qui suggère d'importantes inégalités d'opportunité. Cette différence est plus importante pour les revenus totaux que pour le niveau de salaire, indiquant des inégalités d'opportunités ayant pour source principale les revenus hors salaire et donc probablement les revenus agricoles et les rentes comme nous l'avons observé précédemment. Cette constatation peut servir de piste pour une réforme fiscale qui viserait à diminuer les inégalités d'opportunités. Deuxièmement, la mobilité intergénérationnelle est faible, ce qui suggère une forte domination des inégalités d'opportunités sur les inégalités de mérite. En effet, 79% des individus dont les parents ont un niveau d'éducation élevé appartiennent à la catégorie des 20% les plus aisés, alors qu'uniquement 16% des individus dont les parents ont le niveau d'éducation le plus faible pourront atteindre ce niveau social. Cette différence de 63% est extrêmement élevée comparé à ce qui se passe en Égypte (38%) ou en Jordanie (47%). Plus de la moitié des individus dont les parents ont un niveau d'éducation faible, feront partie de la catégorie des 20% les plus pauvres, ce qui est une nouvelle fois supérieur à l'Égypte et à la Jordanie. Il convient de dire que l'ascenseur social semble bel et bien être en panne en Tunisie.

Tous ces éléments nous permettent de conclure que les inégalités en Tunisie, en plus d'atteindre un niveau particulièrement élevé, ont des caractéristiques bien précises. Premièrement, si des inégalités régionales existent, elles sont loin d'être dominantes. En effet, les inégalités intra-régionales sont bien plus importantes et sont liées aux catégories socio- professionnelles des ménages. Le deuxième élément, pour le moins inquiétant, est le caractère hérité et inévitable de ces inégalités. En effet, comme nous l'avons vu, les inégalités d'opportunités dominent largement les inégalités de mérite et très peu de possibilités s'offrent aux enfants issus de milieux défavorisés. Ces caractéristiques expliquent le sentiment de frustration, la perception d'inégalités amplifiée et le sentiment d'injustice qui prédomine dans la société tunisienne. En effet, à niveau d'inégalités égal, il est socialement plus acceptable qu'ils soient dus à plus d'efforts de la part de ceux qui détiennent la richesse, qu'à des facteurs sur lesquels les individus n'ont aucun contrôle. Les chiffres nous montrent de manière assez claire que ceci n'est pas le cas en Tunisie.

2. Inégalités et santé publique

En ces temps de crise sanitaire, la question qui domine est forcément celle du lien entre ces inégalités et la santé publique. Si les disparités régionales en termes d'infrastructures de santé ne sont plus à démontrer ayant fait l'objet de l'intérêt de l'opinion publique durant plusieurs mois, il est également essentiel de se demander si le problème d'inégalité d'accès à la santé dans son sens large ne dépasserait-il pas la question de l'infrastructure et de la dépense publique ? En 2014, les dépenses publiques de santé ont légèrement dépassé les 7% du PIB, un taux qui a atteint les 5% en 2019. L'Etat a dépensé en moyenne 392 dinars par habitant en 2017, ce qui est considéré comme particulièrement faible en comparaison internationale, loin derrière la Norvège (17'533 dinars) ou même Cuba (2'192 dinars). De plus, les dépenses de l'Etat ne représentent que 57% des dépenses de santé totales. La part que payent les ménages représente quant à elle 38% des dépenses de santé (contre uniquement 10% à Cuba par exemple), et correspond à environ 5% des dépenses totales des ménages. Nous allons dans un premier temps faire un point sur le système de santé avant d'analyser le comportement des ménages, afin de mettre en évidence les deux niveaux d'inégalités en présence.

Le système de santé peut être divisé en trois grandes familles, le secteur public, le secteur privé et le secteur parapublic. Cette dernière famille comporte les hôpitaux militaires, l'hôpital des forces de sécurité intérieure (FSI), les polycliniques CNSS, les centres d'hémodialyses et le groupement de médecine du travail. Le secteur privé, lui, est composé des pharmacies, des polycliniques, des cabinets de médecins de libre pratique, des laboratoires et des centres de radiologie. Quant au secteur public, il peut lui-même à son tour être divisé entre trois niveaux ou trois lignes de soins. La première ligne se compose principalement de centres de santé de base (CSB) et des hôpitaux de circonscription (HC) qui se partagent à eux deux environ un quart des consultations totales du pays et environ 70% des consultations dans le secteur public, d'après les chiffres de l'enquête ménage de 2015. Si leur nombre est conséquent et leur répartition géographique quasi-parfaite avec 2517 CSB et 108 HC en 2017, de la marge existe encore en ce qui concerne le travail qui peut être effectué. En effet, si dans l'ouest et le sud du pays le nombre d'habitants par CSB est quasiment identique avec environ un centre pour 3000 habitants, 45% des CSB du pays ne sont ouverts aux consultations qu'un seul jour par semaine, et moins de 20% sont ouverts tous les jours de la semaine. Ce taux d'ouverture représente malheureusement un premier niveau d'inégalité régionale, car si à Tunis 100% des CSB sont ouverts tous les

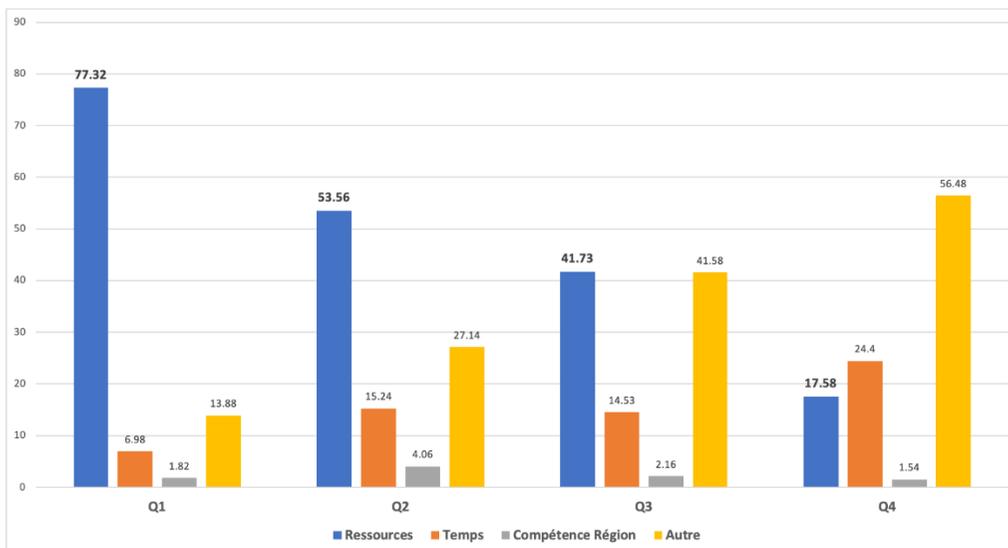
jours de la semaine, ce n'est le cas que de 3% d'entre eux à Tozeur ou à Médenine. Il est important de préciser que les pharmacies, dont le nombre dépasse les 2000 officines, jouent un rôle crucial dans la première ligne de soin, de par leur répartition mais également par le fait, comme nous le verrons plus tard (graphique (5)), que toutes les franges de la population y ont recours de manière identique, avec environ 20% des premières consultations qui s'effectuent en officine quel que soit le niveau social des patients.

La deuxième ligne se compose des 31 hôpitaux régionaux et leur distribution va déjà créer quelques disparités régionales avec des distances moyennes à ces hôpitaux qui varient entre 60 kilomètres à Tataouine et 8 kilomètres à Ben Arous. La troisième ligne se compose quant à elle des 27 établissements publics de santé (EPS) et centres hospitalo-universitaires (CHU), ainsi que de 9 centres spécialisés. C'est au niveau de cette troisième ligne que les inégalités régionales sont les plus importantes. En effet, si des disparités en termes de moyens, d'équipements ou de distance aux hôpitaux peuvent exister pour les structures de première et deuxième ligne, les EPS et CHU ne sont quant à eux présents que dans 13 gouvernorats, avec notamment aucune structure dans le Nord-Ouest, dans le Sud-Ouest et un seul établissement dans le Centre-Ouest et le Sud-Est. Il n'y a donc qu'un seul établissement de troisième ligne dans l'Ouest du pays (Kairouan) et un seul dans tout le Sud du pays (Médenine). Ceci est particulièrement problématique quand on sait que ces structures représentent environ la moitié de la capacité hospitalière publique avec environ 10.000 lits. Les cliniques privées, qui représentent 20% de la capacité hospitalière du pays, sont quant à elles mieux réparties géographiquement avec uniquement 5 gouvernorats sans cliniques privées, même si les trois quarts se situent entre le grand Tunis (40) et les gouvernorats de Sousse (7) et Sfax (13). Tout cela nous indique que le système de santé, et en particulier le système de santé publique, est loin d'être réparti de manière égale entre les régions.

L'état des lieux du système de santé, alerte également sur l'emprise du secteur privé sous l'œil satisfait de l'Etat. En effet, comme nous venons de le voir, le secteur privé semble plus concerné par la couverture géographique du pays, mais possède surtout de plus en plus d'équipement lourd, avec par exemple 85% des IRM du pays, 73% des scanners ou encore 79% des salles de cathétérisme en 2017. L'Etat ne semble quant à lui pas concerné par cette perte de contrôle. Tout ceci laisse penser que les disparités régionales sont loin d'être l'unique source d'inégalités en termes de santé publique en Tunisie.

L'enquête de 2015 sur la consommation des ménages nous montre que 25% des personnes qui tombent malade ne vont pas consulter. Lorsqu'ils jugent que la maladie nécessite des soins, la raison principale pour laquelle les gens ne vont pas consulter est le manque de moyens. Lorsque l'on décompose ces variables par niveau de richesse, il apparaît tout d'abord que les 25% les moins aisés ne vont pas consulter plus de 30% parfois alors que cela n'arrive que moins de 20% du temps pour le quart de la population le plus riche. Ensuite, comme nous pouvons le voir dans la figure (4), le niveau de richesse semble être fortement corrélé au fait de ne pas avoir les moyens d'aller consulter un médecin. Il est inquiétant de voir que parmi la population la plus pauvre, plus de 77% des individus n'ont pas été consulter, alors qu'ils le jugeaient nécessaire, pour cause de manque de ressources. Plus d'une personne sur deux appartenant au deuxième quartile est également dans cette situation, lorsque cela n'est le cas que d'environ 17% du quartile supérieur. Nous pouvons également voir qu'en moyenne, seul 2% des individus ne vont pas consulter par manque de compétences dans la région. Cela reste vrai lorsque nous décomposons la même variable par régions, avec la région Sud-Ouest étant celle où le plus de gens déplore un manque de compétences mais où cela ne représente que 7% des causes de non-consultation, contre 50% pour cause de manque de ressources parmi les habitants de la région.

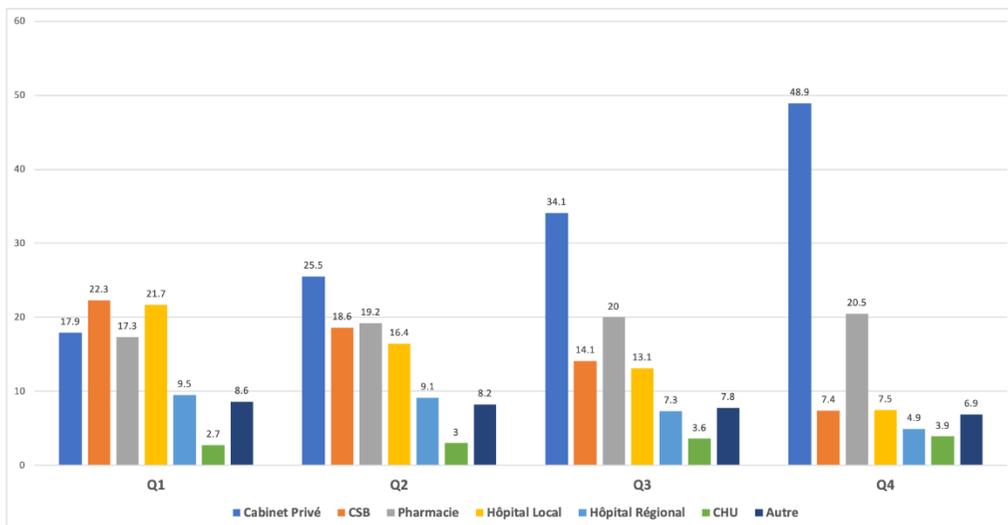
Figure 4 – Raisons de non consultation médicale considérée comme nécessaire par quartile de dépense, 2015.



Si les inégalités régionales en termes de moyens médicaux existent, il semble clair que le manque de ressources est la raison principale du manque d'accès à la santé. L'inégalité d'accès à la santé semble donc être principalement sociale et financière avant d'être régionale et physique.

Intéressons-nous maintenant à la nature des consultations en fonction du niveau de richesse des individus. Comme nous pouvons le voir sur la figure (5), le niveau de richesse influe grandement sur le type de structure et par conséquent la nature et probablement la qualité des soins reçus. Pour la frange la plus pauvre, nous pouvons voir que le recours aux structures publiques de santé est le plus courant, avec les centres de santé de base (CSB) comme principale structure utilisée. Au fur et à mesure que les moyens des individus augmentent, on constate une migration du secteur public vers le secteur privé. Les consultations privées passent de 18% à quasiment 50% entre le premier et le dernier quartile alors que les consultations dans des structures publiques passent de 56% à un peu moins de 24%. Si le recours aux pharmacies et aux centres hospitalo-universitaires (CHU) reste inchangé autour de 20% et de 3% respectivement, il semble clair que le niveau social est un déterminant essentiel du type de soin reçu par la population.

Figure 5 – Type de structure visitée pour consultation par quartile de dépense, 2015.



L'analyse par région de cette même décomposition donne des résultats similaires, avec un léger déplacement des hôpitaux locaux et régionaux vers les CHU pour les régions qui en disposent. L'opposition de tendance entre les CSB (ainsi que le

reste structures publiques dans leur ensemble) et les cabinets privés en fonction du niveau de richesse est quant à elle similaire dans toutes les régions du pays. Il apparaît à travers l'analyse de ces chiffres que nous avons affaire à un système de santé à deux vitesses en Tunisie. Si les inégalités régionales en termes de structures publiques de santé est évidente, une deuxième dimension d'inégalités entre santé publique et privée est également bel et bien installée, et ce de la même manière dans tout le territoire quelle que soit la région.

Saidi et Hamdaoui (2017) utilisent les données de l'enquête "Multiple Indicator Cluster Surveys" (MICS4) menée par l'INS en 2011-2012 avec l'appui de l'UNICEF, pour étudier les déterminants de certains indicateurs de santé des enfants de moins de 5 ans comme par exemple la malnutrition ou le retard de croissance.

Comme nous pouvons le voir dans le tableau (5), les caractéristiques de la famille, et principalement l'éducation du chef de famille ou la taille du ménage, ont un impact significatif sur la santé des enfants. Le niveau de revenu de la famille a un impact significatif sur le retard de croissance des enfants. Les auteurs montrent donc que si des disparités régionales existent, la catégorie sociale de la famille est un déterminant majeur de la santé des enfants en Tunisie, et notamment de la malnutrition et des retards de croissance. Ces résultats sont confirmés par un rapport de la Banque Mondiale (2016), qui montre que l'incidence du retard de croissance parmi les enfants du quintile (de richesse) le plus pauvre est le double de celui des enfants du quintile le plus riche, avec environ 16% chez les enfants du quintile le plus pauvre, contre moins de 8% chez ceux du quintile le plus riche. Les inégalités sociales ont donc très rapidement un impact sur la santé de l'individu, ce qui ne fait que renforcer les inégalités d'opportunités résultantes.

Table 5 – Les déterminants de la santé des enfants de moins de 5 ans (logit)

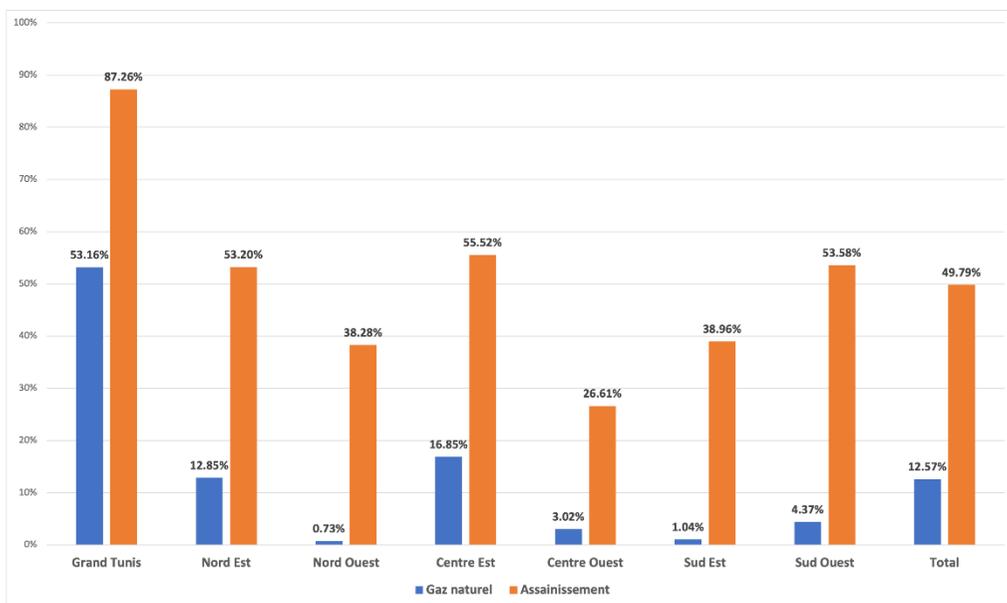
	Malnutrition	Retard Croissance
Genre	-0.410	.033
Milieu	-0.48	0.191
Éducation chef ménage	0.865**	0.565***
Revenus ménage	0.355	0.605***
Taille ménage	-0.417***	-0.064
Nombre d'enfants	0.288**	0.014
Age chef ménage	0.063***	0.019***

Estimation par régression logistique. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Source: Saidi et Hamdaoui (2017)

Pour finir, intéressons-nous aux conditions de vie des ménages ayant un impact sur leur santé en prenant en considération deux indicateurs importants, à savoir le gaz naturel et le raccordement au réseau d’assainissement. Si les bienfaits de l’utilisation du gaz naturel sur la pollution et la santé des individus sont sujets à discussion (Bolzon, 2012), l’assainissement est en revanche un enjeu de santé publique mondial. La distribution de gaz naturel en Tunisie est un enjeu principalement économique, accompagné de considérations environnementales et sanitaires, et ce depuis le début des années 2000 et l’inversion de la balance énergétique du pays. Cependant cette distribution a été effectuée, au niveau des ménages, de manière très inégale.

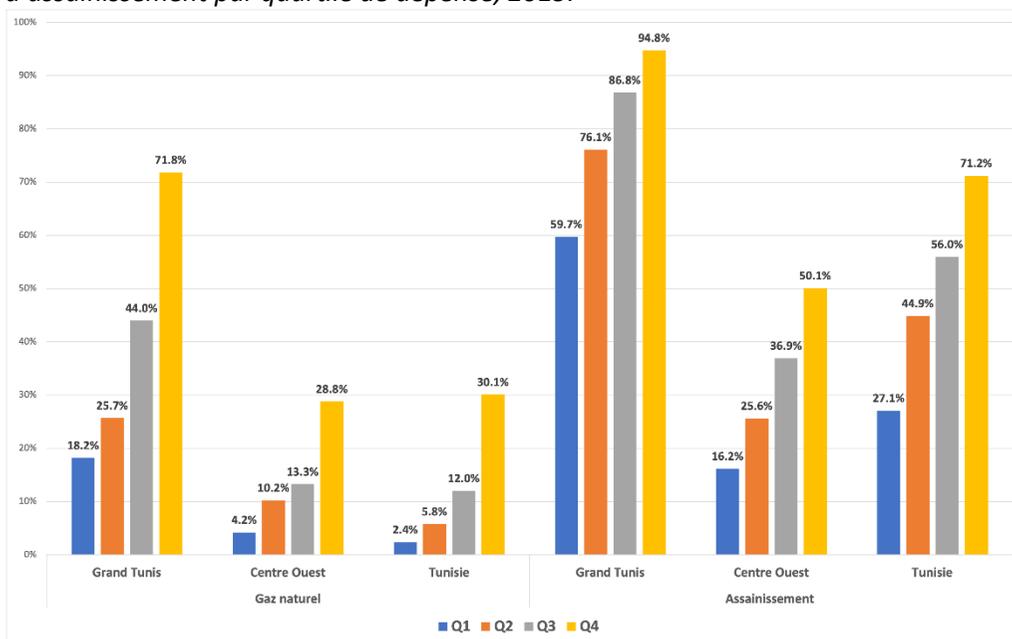
Figure 6 – Pourcentage d’individus ayant accès au gaz naturel et au réseau d’assainissement par région, 2015.



Comme nous pouvons le voir sur la figure (6), de grandes disparités existent entre les différentes régions du pays en termes de distribution de gaz naturel mais également d’accès au réseau d’assainissement. En ce qui concerne l’accès au gaz naturel, les disparités régionales sont principalement dues au fait que la priorité en termes d’acheminement du gaz naturel a été donnée au secteur industriel, ce qui permet de le distribuer aux ménages des régions fortement industrialisées plus facilement et à moindre coût. Cependant, et comme démontré à plusieurs reprises précédemment, ces disparités régionales ne nous montrent qu’un aspect de l’histoire des inégalités dans le pays.

Comme nous pouvons le constater sur la figure (7), au sein même des régions, aussi bien pour les favorisées comme le grand Tunis que pour les moins favorisées comme le Centre Ouest du pays, les inégalités entre les catégories sociales semblent être également importantes. Nous pouvons voir que l'accès au gaz naturel et au réseau d'assainissement est clairement corrélé au niveau socio-économique des ménages, au sein même des régions.

Figure 7 – Pourcentage d'individus ayant accès au gaz naturel et au réseau d'assainissement par quartile de dépense, 2015.



Conclusion

Pour conclure, nous pouvons dire que la question des inégalités en Tunisie pose un réel problème aussi bien d'un point de vue social que du point de vue de la croissance économique du pays. Les inégalités sont principalement des inégalités d'opportunités, issues de la situation socio-économique de la famille et son niveau de richesse, et non un effet de l'effort ou du mérite des individus. Cette composition engendre une perception amplifiée des inégalités déjà importantes et crée une frustration grandissante chez les jeunes les moins favorisés. Cette situation se constate également au niveau de la santé publique, avec un accès très inégal aux soins, aussi

bien d'un point de vue physique que financier. À la répartition inégale des infrastructures de santé, se rajoute en effet un manque de possibilités financières d'accès aux soins. Des soins qui de surcroît sont eux-mêmes très variables en termes de qualité, dû à l'abandon de la part de l'État du système public de santé aux dépens d'un secteur privé grandissant. Aussi bien la structure des revenus, dont les politiques fiscales n'ont que faire, que les conditions de vie des ménages les plus pauvres et leurs implications sur la santé des plus jeunes, ne laissent pas envisager, dans l'état actuel des choses, de diminution de ces inégalités insupportables et génératrices de frustrations et de malaises sociaux.

Deuxième chapitre

**Politiques publiques et droit à
la santé**

La crise de la Covid-19 et la crise structurelle du secteur de la santé en Tunisie : Problèmes et opportunités de réforme

Moncef BelHaj Yahia

1. Évolution historique du système de santé tunisien

On peut schématiquement distinguer 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. Au cours de cette période, le secteur de la santé a connu un développement important en matière d'infrastructure et de formation de cadres. Les hôpitaux existants ont été agrandis et de nouveaux hôpitaux ont été construits dans la plupart des régions du pays. Une faculté de médecine et des écoles de formation de cadres paramédicaux ont vu le jour. Des services universitaires de haut niveau se sont progressivement constitués. L'adoption de la politique des soins de santé de base en 1980 a renforcé le réseau des centres de santé de base qui a couvert l'ensemble du pays, y compris les zones rurales et a permis un développement important des programmes préventifs comme ceux de la vaccination, de la médecine scolaire, de la lutte contre la tuberculose et les autres maladies infectieuses. L'accès aux soins dans les structures sanitaires publiques était relativement aisé pour les catégories sociales défavorisées avec l'instauration des carnets de soins. La période a connu une nette amélioration des indicateurs sanitaires avec une augmentation importante de l'espérance de vie et une diminution tout aussi importante de la mortalité infantile et de la mortalité maternelle.

Une deuxième étape qui va de la fin des années 80 jusqu'à aujourd'hui, se caractérise par un désengagement progressif de l'État du secteur de la santé, suite au plan d'ajustement structurel et en application de la politique des bailleurs de fonds internationaux qui prônent une dérégulation des systèmes de santé. Ces

bailleurs de fonds ont soutenu des réformes visant à limiter la participation de l'État dans le financement de la santé et à favoriser le développement du secteur privé. Le système de santé tunisien, comme la plupart des systèmes de santé dans le monde, s'est trouvé confronté à des forces et influences puissantes motivées par la logique du profit et favorisant la marchandisation croissante des soins de santé.

1.1. Des réformes allant dans le sens du désengagement de l'État du secteur de la santé

La réforme hospitalière de 1991 a été initiée et financée par un prêt de la Banque Mondiale. Son objectif déclaré était d'améliorer les performances des hôpitaux universitaires transformés en Établissement Publics de Santé (EPS). Mais derrière cet objectif déclaré, il y avait l'objectif de réduire la part de l'État dans le financement des hôpitaux et d'augmenter le « ticket modérateur », c'est-à-dire les frais de participation des usagers aux actes médicaux dont ils bénéficient. Cette réforme est loin d'avoir atteint les résultats escomptés. Au cours des 30 dernières années, les conditions de travail dans les hôpitaux universitaires se sont dégradées avec des conséquences négatives sur la qualité des soins. Au lieu d'améliorer la gestion hospitalière, elle a mis en place un appareil administratif lourd qui s'est révélé peu efficace. L'insuffisance des ressources et des relations déficientes avec un secteur privé en plein développement, a entraîné une dégradation progressive des performances du secteur public, ainsi que l'apparition des formes de privatisation passive et ou de corruption.

La deuxième réforme importante est celle de l'assurance maladie avec la loi de 2004 sur l'assurance-maladie et la création de la CNAM, réforme financée par l'Union Européenne. Elle a été décidée suite à une forte pression des professionnels du secteur privé pour que leurs actes soient pris en charge par les caisses et suite à des plaintes d'usagers relayées par la Centrale syndicale. Elle a certes permis une harmonisation de la gestion du risque maladie entre les deux caisses, CNSS et CNRPS, et une meilleure prise en charge de certaines pathologies, notamment chroniques. Mais cette réforme était viciée à la base.

D'une part la « mise à niveau » du secteur public de la santé, qui devait être réalisée en parallèle et qui était la condition posée par l'UGTT pour avaliser cette réforme, n'a pas eu lieu. Un travail considérable a été fait en 2006 et 2007 par des commissions dans lesquelles les organisations professionnelles étaient représentées pour établir des normes pour les trois lignes du secteur public. D'un trait de plume,

le gouvernement a décidé d'ignorer ces normes.

D'autre part, malgré l'article 1^{er} 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 secteurs public et privé de la santé* », cette réforme a creusé les disparités entre les affiliés de la filière publique et les affiliés des deux filières privées.

Les affiliés de la filière publique sont majoritaires parmi les affiliés à la CNAM et ce malgré une baisse significative constatée au cours des dernières années. La proportion des affiliés de la filière publique parmi les affiliés de la CNAM est passée de 63,4% en 2013 à 57,4% en 2018. Mais la part du secteur privé de la santé dans les dépenses de la CNAM est plus importante que la part du secteur public. Une estimation faite à partir des comptes de la santé 2013 et 2014 montre que pour 100 dinars dépensés, la CNAM dépense 30 dinars pour l'affilié de la filière publique et 70 dinars pour les affiliés des deux filières privées (chimiothérapie exclue). Or les assurés à faible revenu choisissent essentiellement la filière publique, alors que les assurés à revenu moyen et élevé choisissent généralement les filières privées. Ces données indiquent qu'il y a des transferts financiers d'une filière à une autre : les affiliés de la filière publique contribuent au financement des soins des affiliés des deux filières privées. Autrement dit, les pauvres contribuent au financement des soins des riches. On est loin de la solidarité et de l'égalité des droits affirmées dans l'article 1^{er} de la loi sur l'assurance maladie.

Ce problème a été évoqué dès 2006 dans l'« Etude sur le secteur de la santé » réalisée par des experts tunisiens à la demande de la Banque mondiale. « *L'existence de trois filières au sein d'un régime unique va engendrer des transferts financiers d'une filière à l'autre. En effet, si la CNAM doit veiller à équilibrer ses comptes, chaque filière prise séparément n'a pas d'obligation d'équilibre. Dès lors, comment être certain que ces mécanismes de subventions croisées bénéficieront à ceux qui en ont le plus besoin ?* ». Mais, rien n'a été fait pour corriger cette entorse majeure à la solidarité.

La réforme de l'assurance maladie, réalisée en dehors d'une réforme globale du financement de la santé et de la couverture du risque maladie pour l'ensemble de la population a creusé les disparités entre les affiliés de la CNAM et les bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite (AMG) créant deux catégories de citoyens ne bénéficiant pas des mêmes prestations. Elle a également ignoré les citoyens ne disposant d'aucun régime de protection sociale (chômeurs et travailleurs

occasionnels, personnes âgées, etc.) estimés par l'enquête sur la consommation des ménages de 2015 à 16,7% de l'ensemble de la population, soit 2 millions de personnes.

La politique de désengagement de l'État suivie au cours de cette période a favorisé les conséquences suivantes :1. La dégradation du niveau des soins dans un secteur public de la santé sous-financé, mal géré et affecté par la corruption. Ce qui a entraîné l'insatisfaction des usagers poussés soit à recourir au secteur privé, moyennant des difficultés financières importants, soit à renoncer aux soins.2. Un développement non régulé du secteur privé de la santé utilisant un financement public et les moyens du secteur public.3. Le creusement des inégalités sociales et régionales de santé et le développement d'un système de soins de santé à deux vitesses.

1.2. Un secteur public sous-financé, mal géré et sérieusement affecté par la corruption

Le secteur public de la santé est financé principalement par le budget de l'État et la CNAM, et accessoirement par les ménages. Le budget de l'État prend en charge le paiement des salaires des professionnels de la santé, à l'exception des ouvriers. Le budget de fonctionnement des hôpitaux universitaires et régionaux est financé principalement par la CNAM et accessoirement par les recettes du ticket modérateur et des patients payants, tandis que le budget de fonctionnement de la première ligne (centres de santé de base et hôpitaux de circonscription) est financé principalement par une subvention de l'État (mais la CNAM verse au budget un montant forfaitaire constituée par la prise en charge des assurés sociaux de la première ligne. Mais les deux principales sources de financement du secteur public de la santé, à savoir le budget de l'État et la CNAM financent de manière insuffisante le secteur.

Malgré l'augmentation considérable du coût des technologies de la santé et l'augmentation tout aussi considérable des maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer) dont la prise en charge est extrêmement coûteuse, la part du budget du ministère de la Santé dans le budget général de l'État a commencé à baisser depuis les années 80, passant d'environ 10% à environ 5% au cours des dernières années (5,04% en 2019). Et ce, malgré la Résolution du 57^{ème} Comité Régional de l'OMS pour la région EMRO approuvée par le ministre tunisien

de la santé qui indique qu'au moins 8% des dépenses gouvernementales doivent être consacrées à la santé.

La CNAM finance majoritairement le secteur privé de la santé, alors que la majorité de ses affiliés sont dans la filière publique. De plus, le paiement des actes réalisés dans le secteur public est soumis à des restrictions comme le plafond préalablement établi imposé à chaque hôpital. Il en résulte un déficit chronique des structures sanitaires, avec une accumulation des dettes à l'égard de la Pharmacie centrale et des fournisseurs privés.

Le budget de fonctionnement, hors salaires des hôpitaux et des centres de santé de base, est particulièrement affecté par ce sous-financement. Le budget de fonctionnement hors salaires finance l'achat de médicaments et de produits médicaux, les frais des moyens de transport, l'entretien et la maintenance des équipements médicaux, l'hébergement des malades et tout ce qui est nécessaire à leur bonne marche, etc. Notoirement insuffisant, il explique en partie le manque de médicaments et de produits médicaux, **ou** les pannes prolongées des équipements médicaux.

Les cercles officiels invoquent souvent le manque de ressources budgétaires pour justifier ce sous-financement du secteur public de la santé. Mais l'expérience montre qu'il s'agit de choix politiques d'austérité, en rapport avec les orientations des bailleurs de fonds internationaux. Quand il s'agit de soutenir les banques publiques ou le secteur du tourisme, ils arrivent à mobiliser les financements nécessaires, mais quand il s'agit de financer équitablement le secteur public de la santé, on invoque le manque de ressources financières. Le Collectif de la société civile pour la défense du secteur public de la santé a fait, au cours des deux dernières années des propositions concrètes pour augmenter les ressources du fonds de soutien à la santé publique créé par la loi de finances 2017, mais ces propositions ont été ignorées aussi bien par le gouvernement que par l'ARP.

La réforme hospitalière de 1991, avec la création des établissements publics de santé (EPS) était censée améliorer la gestion hospitalière. Trente années plus tard, et malgré plusieurs programmes comme le projet de l'hôpital ou la budgétisation par objectifs, la gestion hospitalière est toujours aussi peu performante. Plusieurs éléments expliquent cette faible performance. Malgré des compétences réelles dans le corps des gestionnaires de la santé, les responsables des différents niveaux ne sont pas toujours nommés sur des critères objectifs de

compétence, mais souvent sur des critères d'allégeance à un réseau politique ou à des relations avec un groupe d'intérêt. La valse des responsables après 2011 a aggravé cette situation. L'influence grandissante des groupes d'intérêt qui réclament des passe-droits et des dérogations à la réglementation gêne toute tentative de gestion rigoureuse.

La corruption dans la santé est un phénomène qui ne date pas d'aujourd'hui, mais il a pris une plus grande ampleur au cours des dernières années. Différentes enquêtes menées par l'INS, l'ATCP, des entreprises de sondage d'opinions, ont rapporté que le secteur de la santé était parmi les secteurs les plus touchés par la corruption. Les citoyens consultés dans les rendez-vous citoyens « du Dialogue sociétal sur la santé » considèrent que la corruption est un « fléau bien répandu dans le secteur: Les paiements informels (pour bénéficier d'un service il faut donner de l'argent) et le détournement des malades du secteur public vers le secteur privé, qui étaient relativement limités dans le passé, ont beaucoup augmenté au cours des dernières années.

L'activité privée complémentaire dont bénéficie certains médecins universitaires et l'activité privée régionale dont bénéficie certains médecins spécialistes dans les hôpitaux régionaux constituent des pratiques qui favorisent la corruption. En effet, une partie importante des médecins autorisés à avoir une activité privée lucrative, multiplient les dépassements de la réglementation qui encadre ces activités et donnent le mauvais exemple à d'autres catégories de personnel pour s'adonner à des pratiques de corruption.

La corruption de certains prestataires de soins, confrontés aux demandes de paiements informels, est visible pour le citoyen. Mais la corruption touche de manière moins visible d'autres activités, comme les activités du secteur du médicament. Une étude d'évaluation de la transparence du secteur pharmaceutique public a été réalisée en 2012, dans le cadre du programme de bonne gouvernance des médicaments de l'OMS. Un résumé de cette étude a été présenté à la presse en novembre 2014 et publié (Bulletin du CNOM n°37 décembre 2014). Les résultats ont montré que la promotion des médicaments, l'inspection et les essais cliniques sont vulnérables à la corruption. Cette étude, qui constitue la phase I du programme de l'OMS, n'a pas eu de suite.

Ce qu'il faut noter, c'est que le bilan de la lutte contre la corruption du ministère de la santé est extrêmement faible. Des personnels de santé corrompus

notoires continuent à exercer et ne sont pas inquiétés. Les recommandations de l'INLUCC, répétées d'année en année dans ses rapports, ne sont pas appliquées. Le programme de bonne gouvernance du secteur pharmaceutique s'est arrêté à la phase I.

1.3. Un développement non régulé et souvent anarchique du secteur privé de la santé

Les trente dernières années ont connu un développement important, non régulé et souvent anarchique du secteur privé de la santé. Depuis 2001, la création d'une clinique privée n'est plus soumise à autorisation, mais à un cahier des charges, qui s'est révélé souvent non respecté (rapport de la Cour des comptes 2020). Entre 1985 et 2020, le nombre de lits privés est passé de 974 à 6676, soit une multiplication par 7 environ. Après la révolution, on observe la même tendance. Entre 2010 et 2020, le nombre de lits privés a plus que doublé passant de 3029 en 2010 (carte sanitaire 2010) à 6676 en 2020. Malgré les incitations pour s'installer dans les régions de l'intérieur, 90% des cliniques privées sont établies dans les régions côtières (rapport de la Cour des comptes). Les cabinets médicaux privés sont passés de 1500 en 1990 à 8065 en 2017 principalement dans les grandes villes et sur la côte (CNOM). Le secteur privé dispose de 70% des équipements médicaux lourds (scanners, IRM, lithotripteurs, salle de cathétérisme cardiaque, installation de radiothérapie) et ce pourcentage atteint 80% pour les IRM et 90% pour les lithotripteurs (rapport de la Cour des comptes). Cette croissance rapide des lits d'hospitalisation privée est en rapport avec des investissements du capital financier national et étranger. Plusieurs grandes cliniques privées sont détenues par des banques privées tunisiennes ou des fonds d'investissement étrangers.

Soumis à la logique du profit, le secteur hospitalier privé de la santé cherche à se développer de diverses manières, souvent aux dépens des patients. La faiblesse du contrôle exercé par les organes du ministère de la santé et du ministère du commerce, favorise les surfacturations dont se plaignent la plupart des usagers des cliniques privées, dont certaines ont fait l'objet de rapports d'inspection sans résultat. L'absence de protocoles de soins dans la plupart des pathologies favorise la multiplication d'actes non justifiés médicalement et l'utilisation non rationnelle des équipements lourds qui doivent être rentabilisés à n'importe quel prix. Le scandale des « stents » périmés dévoilé au cours de l'année 2016 n'est que le sommet de l'iceberg de pratiques douteuses non conformes à la réglementation. Le secteur

hospitalier privé cherche à se développer également aux dépens du secteur public de la santé. Les responsables de certaines cliniques privées ferment les yeux sur les détournements de clientèle opérés à partir des hôpitaux et sur les multiples dépassements opérés par les médecins du secteur public qui pratiquent avec ou sans autorisation, une activité privée lucrative. Dans le domaine de la chirurgie cardiovasculaire, prise en charge dans le cadre d'un forfait par la CNAM, un circuit pernicieux qui pénalise le secteur public a été mis au point : le malade dont l'état nécessite une intervention cardiovasculaire, fait tous les examens préalables à l'hôpital, mais l'acte est réalisé dans une clinique privée qui bénéficie du forfait payé par la CNAM.

1.4. Le développement d'une médecine à deux vitesses et le creusement des inégalités sociales et régionales de santé

La politique de santé menée depuis les années 90, restée la même après la révolution, a creusé les inégalités. La coexistence d'un secteur public sous financé, mal équipé et mal géré, offrant des prestations de soins de moindre qualité, en contrepartie d'une contribution financière relativement faible et d'un secteur privé disposant de la majorité des équipements médicaux lourds et offrant un accueil de meilleure qualité, mais fournissant des soins payants, a favorisé l'apparition d'une médecine à deux vitesses : les couches sociales modestes se soignent dans le public et les couches aisées dans le privé.

Les inégalités régionales de santé ont été relevées dans plusieurs études, en particulier une étude de la Banque Africaine de Développement (BAD) sur les inégalités d'accès aux soins publiée en 2014, le rapport sur le droit à la santé de l'ATDDS publié fin 2016, les cartes sanitaires du Ministère de la santé et le rapport sur la démographie médicale du CNOM.

Les inégalités sociales de santé, par contre, n'ont pas été suffisamment étudiées. Mais quelques indications sont disponibles. L'enquête THES de 2016 de l'Institut National de Santé Publique a montré que les dépenses catastrophiques de santé (estimées à un seuil de 25% des dépenses de santé par rapport aux dépenses totales des ménages) concernent 9,7% des ménages, soit environ 10% de la population. Les familles, en particulier celles de condition modeste, sont confrontés à d'énormes difficultés financières, en cas de maladie grave nécessitant des soins coûteux. Dans certains cas, en raison de ces très lourdes dépenses de santé, les familles tombent sous le seuil de pauvreté.

1.5. Une crise structurelle du système de santé qui s'accroît à partir de 2017

L'année 2017 représente un 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 CNSS et de la CNRPS, due principalement au déficit des régimes des retraites, s'est aggravée depuis 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. La 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. Les sommes en question sont considérables. Le Ministre des affaires sociales a révélé, lors d'une séance plénière consacrée à l'examen du budget du ministère des Affaires Sociales pour l'année 2021, que les créances de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) non encore recouvrées sont estimées à 5 milliards de dinars. Elles sont réparties entre 3 milliards de dinars auprès de la Caisse nationale de sécurité sociale et 2 milliards de dinars auprès de la Caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale. En novembre 2019, le directeur général de la sécurité sociale a déclaré à la presse que les engagements de la CNAM envers les hôpitaux et à la Pharmacie centrale se montent environ à 1.68 milliard de dinars et que ses engagements vis-à-vis du secteur privé (cliniques, médecins) sont de 85 MD.

Les conséquences de cette situation ont été catastrophiques pour les hôpitaux et la Pharmacie centrale. Privés des recettes provenant de la CNAM qui constituent l'essentiel de leur budget de fonctionnement, les hôpitaux universitaires et régionaux ont été dans l'incapacité d'acquérir les médicaments et les fournitures et dispositifs médicaux nécessaires à leur activité quotidienne. Leurs dettes vis-à-vis de la Pharmacie centrale et des fournisseurs de matériel médical se sont accumulées pour atteindre un point de rupture. Cette situation de pénurie a entraîné insatisfaction et colère des usagers allant parfois jusqu'à la violence et a poussé un nombre important de médecins et autres cadres de la santé à quitter le secteur public pour le secteur privé ou pour l'étranger. Un cercle vicieux s'est installé dans lequel la dégradation des conditions de travail pousse des cadres à l'exode et l'insuffisance des personnels accentue la dégradation des conditions de travail. La

Pharmacie centrale, de son côté, a été doublement affectée. Elle a été privée des recettes de la CNAM et des hôpitaux qui étaient dans l'incapacité de payer les médicaments qu'ils recevaient. Les dettes cumulées des hôpitaux et de la CNAM à l'égard de la Pharmacie centrale sont estimées à environ 1 milliard de dinars. Par ailleurs, au cours de la même période, elle a souffert de la dévaluation du dinar. La Pharmacie centrale, qui a le monopole de l'importation des médicaments, achète les médicaments sur le marché mondial en devises et les vend sur le marché tunisien en dinars. Faute de moyens, la PCT s'est trouvée dans l'incapacité de payer ses fournisseurs étrangers, ce qui a entraîné la grande crise des médicaments de 2018. Les différentes mesures décidées par le gouvernement pour remédier à cette situation, en particulier au cours du Conseil des ministres qui a suivi la tragédie des nouveau-nés décédés en mars 2019, n'ont pas changé la donne et la crise financière de la PCT perdure, avec ses conséquences sur l'approvisionnement en médicaments.

C'est dans ce contexte d'aggravation de la crise structurelle du système de santé que survient la crise de la Covid-19 au printemps 2020 qui va servir de révélateur de l'échec total de la politique de désengagement de l'État de la santé, ainsi que des forces et des faiblesses des différentes composantes du système de santé tunisien.

2. Les conséquences de la crise sanitaire sur le système de santé

Affecté par une crise structurelle qui s'est aggravée, le système de santé s'est trouvé brutalement confronté à une épidémie d'une très grande ampleur à laquelle il n'a pas été préparé. Les tentatives de préparation n'ont pourtant pas manqué. Suite à l'épidémie H1-N1 (2009-2010), un « plan de préparation et de riposte et de résilience aux maladies à potentiel épidémique (2P2RmpeT) 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 prévue et annoncée. Dans la plupart des hôpitaux, les circuits Covid n'étaient pas en place et les services appelés à héberger les patients Covid+ n'étaient pas clairement identifiés. Aucune opération blanche face à une arrivée massive de malades n'a été effectuée.

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 de 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. D'autre part, le formidable élan de solidarité et de mobilisation de la société civile, qui a pallié partiellement à la carence de l'État. Des dons financiers et des dons de matériels et d'équipements de toutes sortes, allant des équipements de protections individuels, jusqu'à des unités Covid complètes ont été faits et ont permis aux hôpitaux publics d'être mieux armés pour affronter la crise.

Le secteur privé de la santé n'a pas lui aussi été préparé à l'épidémie. Au cours de la première vague, mis à part les officines pharmaceutiques, il était peu fonctionnel. Au cours de la deuxième vague, les médecins de libre pratique ont joué un rôle important dans la prise en charge à domicile des malades Covid+ et plusieurs d'entre eux ont payé cela de leur vie. Les cliniques privées ont ouvert leurs lits de réanimation aux malades Covid+ payants, mais à des prix excessifs souvent exorbitants. Un reportage publié par Inkyfada le 15 décembre 2020 fait état de surfacturations et d'abus divers.

D'autres composantes du secteur privé de la santé ont vu dans la crise un moyen de gonfler leurs profits. Les fabricants et distributeurs de matériels et d'équipements médicaux ont fait flamber les prix. Au cours de l'année 2020, certains

laboratoires tunisiens de fabrication de médicaments n'ont pas honoré leurs engagements à l'égard du secteur public de la santé pour certains médicaments essentiels tout en continuant à fournir le secteur privé en raison d'une marge bénéficiaire beaucoup plus importante. L'absence de régulation et la faiblesse du contrôle de ces activités, motivées par la logique exclusive du profit, leur a permis d'imposer leur loi, aux prestataires de soins et aux usagers.

2.1. Les opportunités et les difficultés d'une réforme assurant le droit à la santé

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 pans de la population et un système de santé publique délabré qui n'a pas les moyens de répondre aux exigences de la situation. Les inégalités d'accès aux soins et l'état de dégradation des hôpitaux étaient certes connus et largement médiatisés avant l'apparition de la pandémie Covid-19, mais la crise sanitaire les a mis davantage en relief renforçant le sentiment dans de larges secteurs de l'opinion, que cette situation était insoutenable. La crise sanitaire a montré également que la sécurité sanitaire de notre pays n'était pas assurée et que, dans le contexte de la mondialisation, il était exposé à des graves menaces épidémiques et à des difficultés d'accès aux technologies qui permettent de lutter contre ces menaces.

On aurait pu s'attendre à ce qu'une crise d'une telle ampleur amène un changement de politique. Mais, il n'en a rien été. Malgré les réclamations de la population et la mobilisation de la société civile, aucune mesure sérieuse n'a été prise par le gouvernement pour renforcer les moyens du secteur public de la santé ou pour mettre un terme aux abus de certaines activités du secteur privé. Au cours du 4^{ème} trimestre 2020 et en pleine deuxième vague Covid, le budget du Ministère de la santé de l'année 2021 est resté pratiquement le même que celui de 2020 ne représentant que 5,4% du budget général de l'État. Une grande mobilisation des professionnels de la santé a eu lieu au mois de décembre 2020 suite au décès d'un jeune médecin dans un ascenseur en panne à l'hôpital de Jendouba. La principale revendication de cette mobilisation est la formation d'un haut comité chargé de la « mise à niveau » du secteur public de la santé. Des promesses ont été faites par le gouvernement, mais, aucune mesure concrète n'a suivi.

Un projet de Politique Nationale de Santé a été élaboré en 2019 par le Dialogue sociétal sur les stratégies, les politiques et les plans de santé. Ce projet contient des d'intéressantes propositions de réformes, comme la couverture santé universelle, la santé familiale de proximité et le renforcement des moyens du secteur public, mais il contient plusieurs ambiguïtés notamment concernant le rôle de l'État dans la santé et le financement de la réforme. Ce projet a été officiellement adopté par le Gouvernement en avril 2021, mais la volonté politique de le mettre en œuvre est absente.

La crise sanitaire a montré la nécessité d'un secteur public fort et réactif, capable de faire face aux situations de crise, de garantir la sécurité sanitaire du pays et d'assurer l'accès aux soins à tous, y compris aux populations les plus défavorisées et les plus fragiles. Après le traumatisme causé par l'épidémie, de larges secteurs de la population mettent la santé au premier **plan** de leurs préoccupations et de leurs priorités.

Pour atteindre ces objectifs, une réforme de la santé basée sur une volonté politique de réengagement de l'État dans les secteurs sociaux est nécessaire. Or les forces qui prônent la poursuite de la politique de désengagement de l'État des secteurs sociaux sont nombreuses et puissantes. Les différents lobbies du secteur du médicament et des équipements médicaux et des cliniques privées disposent d'importants relais dans les différents organes de l'État et s'activent non seulement pour que leurs intérêts ne soient pas touchés mais également pour que de nouvelles possibilités soient ouvertes à leurs entreprises lucratives. Ces forces n'ont aucun intérêt à ce que le secteur public de la santé se renforce et devienne capable d'offrir des soins de qualité à l'ensemble de la population. Le discours sur le partenariat public-privé tenu aussi bien par les bailleurs de fonds internationaux que par les acteurs locaux sert de couverture à des tentatives pour augmenter les profits des opérateurs privés, sans gain significatif pour la santé de la population..

Face à ces forces puissantes et bien organisées, la mobilisation sociale pour la santé reste morcelée, conjoncturelle et globalement faible. L'UGTT a déclaré que l'année 2018 sera l'année de l'enseignement public et de la santé publique, mais aucune action significative n'a été menée dans ce cadre. Les syndicats de la santé et les jeunes médecins ont organisé de multiples actions où les revendications catégorielles ont souvent pris le pas sur la défense du secteur public de la santé. Dans plusieurs régions, des mobilisations pour la santé ont eu lieu, mais sans résultats notables. Le Collectif de la société civile pour la défense du secteur public de la santé,

qui a regroupé plusieurs dizaines d'ONG, a fait un travail programmatique notable en présentant des propositions concrètes réalisables à court terme pour améliorer les prestations sanitaires publiques, mais il n'a pas été entendu par les pouvoirs publics. Face aux protestations quotidiennes des usagers et aux revendications de la société civile, le pouvoir fait des promesses allant même parfois, jusqu'à signer des engagements, mais continue la même politique. Dans les faits, tous les mouvements de ces dernières années, qui ont porté des revendications santé, se sont heurtés au mur de la politique du pouvoir actuel qui entend ne pas dévier de son orientation néolibérale.

Même si la crise sanitaire a montré la nécessité et l'urgence d'une réforme visant à concrétiser le droit à la santé, consacré par la Constitution, celle-ci ne peut pas naître d'une génération spontanée. Une mobilisation puissante et durable est indispensable pour amener les changements nécessaires. La construction de cette mobilisation peut être envisagée dans le cadre d'une plate-forme pour une réforme du système de santé.

2.2. Une plate-forme pour une réforme du système de santé

L'opposition à la politique de désengagement de l'État des secteurs sociaux dont la santé, est très large. Mais les actions communes ont été peu nombreuses. Un grand nombre d'organisations sociales tiennent des discours comparables mais ne travaillent pas ensemble. L'expérience de la société civile dans le domaine de la santé au cours des dernières années est certes extrêmement riche, mais elle a été morcelée et éclatée ne permettant pas d'obtenir des résultats significatifs. C'est pourquoi il faut réfléchir à une nouvelle forme d'organisation qui permet de réunir dans l'action toutes les forces opposées à la politique actuelle de santé. Le lancement d'une plate-forme unitaire pour la réforme du système de santé, pourrait permettre de constituer une force capable d'imposer les changements nécessaires à la réalisation de la couverture santé universelle et du droit à la santé.

La corruption dans le secteur de la santé : quand l'épidémie sévit et que la vaccination s'absente !

Charfeddine Yaacoubi

Quand le service public de la santé s'écroule à cause du vol de médicaments et de la mauvaise gestion des équipements, ou en faisant prévaloir les intérêts privés, ou à cause de l'absence de conscience et de déontologie professionnelle. Quand les hôpitaux publics coulent à cause des dettes et leur accès devient le dernier refuge pour les pauvres.

Quand certains médecins et infirmiers se transforment en racketteurs, et quand l'Etat échoue dans la fourniture de soins de santé conformes à la constitution de 2014.

Quand la corruption se transforme en un être de légende condamné par tout le monde mais que personne ne veut affronter.

Quand la corruption devient un poison qui coule dans le corps de l'ensemble du système de santé sans exception par des pratiques qui cachent dans leur majorité des intérêts financiers imbriqués sur le plan national et international, l'accès à l'hôpital public devient synonyme de mort.

Plusieurs raisons ont contribué à l'effondrement de la qualité des soins : la corruption et l'appropriation des équipements médicaux, le vol des médicaments et leur vente sur le marché parallèle, la corruption endémique dans les marchés publics des hôpitaux publics, la mainmise des lobbys nationaux et internationaux sur la distribution des médicaments, la corruption dans le recrutement des médecins puis en les poussant vers l'émigration après les dépenses faramineuses consentis par l'Etat pour leur formation, et autres formes de corruption. En même temps, les capacités de réforme de l'Etat sont amputées et ont échoué dans la mesure où il s'est appuyé essentiellement sur des approches techniques segmentées pour lutter contre la corruption. Malgré leur importance, ces approches sont incapables de mettre fin à la corruption dans le secteur de la santé, ce qui nécessite une approche plus globale, liée à la perception du rôle de l'Etat dans ce domaine.

Le système de santé a éclaté en deux systèmes à deux vitesses en raison de l'évolution exponentielle du secteur privé de la santé qui est parvenu à asservir le système de la santé publique. La crainte consiste à assister à la poursuite de cette chute de la qualité des soins dans les hôpitaux publics à cause de la corruption rampante. Ils sont devenus le dernier refuge des milieux pauvres et marginalisés, et autres couches, et bénéficier ainsi des soins minimaux parce qu'ils sont incapables de supporter les coûts des soins de santé dans le secteur privé consacrant ainsi le modèle « de l'hôpital marginal » qui offre les soins de santé élémentaires pour toutes ces couches.

1. De quel concept de corruption parle-t-on !

La définition du concept de corruption est une tâche difficile et complexe dans la mesure où nous sommes en présence d'un phénomène social flou, invisible et en perpétuelle mutation. Il est donc difficile de le cerner ou de proposer une définition précise et unique du concept. Nous sommes aussi en présence d'un phénomène qui est souvent traité soit en le grossissant ou en l'exagérant, soit en le minimisant, mais il est rare qu'il soit analysé objectivement en fonction d'une approche analytique qui s'appuie sur l'ensemble des sciences sociales, économiques et juridiques, ce qui nous rend incapable de le maîtriser alors qu'il est un important sujet de discussions.

La diversité des définitions de la corruption est due à la pluralité des approches scientifiques qui se sont intéressées à ce concept et ont tenté de le décortiquer, et à la multiplicité de ses formes et de son évolution dans le temps et dans l'espace. En effet, les comportements corrompus, dans une société déterminée et à une époque déterminée, peuvent ne pas être les mêmes dans d'autres sociétés à d'autres époques. En raison de toutes ces problématiques posées par la définition de la corruption, la Convention des Nations-Unies pour la lutte contre la corruption, ratifiée par la Tunisie en 2008, a évité d'opter pour une définition pour s'orienter vers l'énumération de certaines de ses formes et la détermination des pratiques qu'il faut éradiquer. Il s'agit d'une option qui a contribué à extraire la définition de la corruption du cercle des controverses théoriques et des tentatives d'imposer des critères sociaux et morales d'une société déterminée pour la consécration d'une définition qui prend en compte les spécificités culturelles des sociétés, et qui met fin aux essais d'imposer une domination conceptuelle occidentale de la corruption.

Il s'agit de la même démarche qui a été suivie par le législateur tunisien. La première définition de la corruption est intervenue par le biais du décret-loi cadre n°120-2011 du 14 novembre 2011 relatif à la lutte contre la corruption qui a été définie comme *« l'abus de pouvoir, de l'autorité ou de fonction en vue d'obtenir un avantage personnel. La corruption englobe particulièrement les infractions de corruption dans toutes ses formes dans les secteurs public et privé, le détournement de fonds publics ou leur mauvaise gestion ou leur gaspillage, abus de l'autorité, l'enrichissement illicite, l'abus de confiance, la dilapidation des fonds des personnes morales et le blanchiment d'argent. »*

Quant à la loi organique n°10-2017 du 7 mars 2017 relative au signalement des faits de corruption et à la protection des lanceurs d'alerte, elle a élargi cette liste pour l'étendre à de nouvelles formes de corruption et l'a défini comme *« tout agissement contraire à la loi et aux règlements en vigueur, préjudiciable ou susceptible de porter préjudice à l'intérêt général et la prise illégale d'intérêt. La corruption englobe les infractions de concussion sous toutes ses formes dans les secteurs public et privé, le détournement de fonds publics, leur mauvaise gestion ou leur dilapidation, le trafic d'influence, l'excès ou l'abus d'autorité, et tous les cas d'enrichissement illicite, l'abus de confiance, l'abus de biens sociaux, le blanchiment d'argent, le conflit d'intérêts, le délit d'initié, l'évasion fiscale, le fait de faire échec aux décisions du pouvoir juridictionnel, et tous les faits menaçant la santé publique, la sécurité ou l'environnement ».*

Ces deux définitions se sont fondées sur deux éléments : premièrement le mauvais usage du pouvoir, et, deuxièmement la détermination des buts de la corruption qui consiste dans la réalisation d'un bénéfice personnel.

Ces différentes formes de la corruption peuvent s'appliquer au secteur de la santé avec ses deux secteurs, public et privé, ainsi qu'aux différents intervenants de manière directe ou indirecte. Bien plus, le secteur de la santé est l'un des domaines dans lequel s'appliquent la plupart des pratiques corrompues comme nous le montrerons plus loin. Cependant, et en raison de la complexité des formes de corruption et leur diversité dans le domaine de la santé, nous mettrons surtout l'accent sur la corruption dans le secteur public avec quelques indications concernant la corruption dans le secteur privé, qui est devenu lui aussi, un foyer de formes inhabituelles de corruption. Mais, l'axe central demeure l'hôpital public dans la mesure où 80% des Tunisiens fréquentent les hôpitaux publics dont le nombre atteint 166 dont 35 hôpitaux, régional ou local, et 2100 centres de santé de base.

2. Quelle est l'ampleur de la corruption dans le secteur de la santé ?

L'ampleur de la corruption et de la mauvaise gestion dans le secteur de la santé sur le plan mondial a été estimée à 5.59% de l'ensemble des dépenses de santé dans le monde⁵⁹. Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les dépenses des frais de santé ont atteint 8,3 trillions de dollars américains en 2020, ce qui équivaut à une perte de 464 milliards de dollars américains en 2020 environ au niveau mondial à cause de la corruption et de la mauvaise gestion.

D'un autre côté, plusieurs rapports, qui s'intéressent à mesurer l'ampleur de la corruption en Tunisie, soulignent que le secteur de la santé figure parmi les secteurs qui occupent régulièrement une des trois premières places au classement des secteurs les plus corrompus. En effet, et dans le rapport publié en 2019 par l'Instance Nationale de Lutte Contre la Corruption (INLUCC)⁶⁰, le secteur de la santé vient en troisième position parmi les secteurs les plus corrompus après la sécurité et la douane selon 41,9% des personnes interrogées. Quant au rapport sur la perception de la corruption en Tunisie publié en 2018 selon un sondage de l'Afrobaromètre, il a estimé que 11% des Tunisiens sont prêts à payer des pots-de-vin pour obtenir des soins de santé.⁶¹ Ces conclusions ont été confirmées par plusieurs études et sondages d'opinion lors des années précédentes, ce qui confirme l'image négative véhiculée par le secteur de la santé dans l'esprit du Tunisien, et, qui ne se limite pas à une simple impression générale. En effet, les différents rapports officiels qui veillent sur les dossiers de la corruption, confirment l'importance de son ampleur dont ceux émanant de la Cour des comptes ou l'INLUCC, ou d'autres institutions officielles de contrôle, outre les conclusions des rapports d'investigations des journalistes qui ont mis à nu la corruption dans le secteur de la santé. Et malgré l'absence de chiffres émanant des juridictions sur le nombre des affaires de corruption dans ce domaine, elles sont nombreuses et leur majorité ont retenu l'attention de l'opinion publique comme l'affaire du décès des bébés à l'hôpital de La Rabta ou celle des « stents » périmés ou les affaires des vols des médicaments.

3. Quand la corruption ronge tous les piliers du secteur de la santé

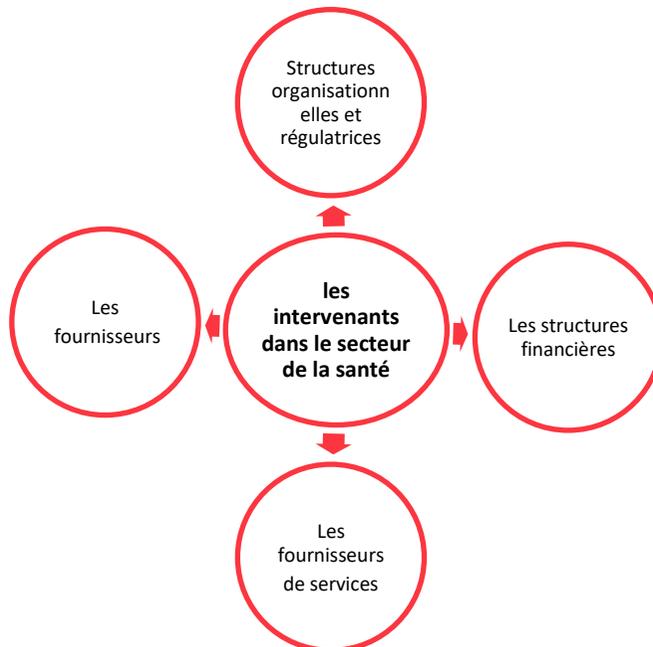
⁵⁹ European Healthcare Fraud and Corruption Network (2009). 'The financial costs of health care fraud' <https://core.ac.uk/download/pdf/29588558.pdf>

⁶⁰ GIZ, INLUCC, (2019), Perception de la Corruption en Tunisie Octobre 2019 – Etude Quantitative

⁶¹ Rapport annuel de l'Instance de Lutte Contre la Corruption, 2018, p.52

Les formes de corruption dans le secteur de la santé se divisent en corruption administrative et financière portant essentiellement sur la gestion administrative et financière dans les différents services sanitaires comme les recrutements, les marchés ou la facturation des soins de santé. Il existe aussi une corruption qui se rapporte aux services de santé proposés avec tout ce que cela peut entraîner de dépassements dans l'offre de ces services. La corruption touche l'ensemble des intervenants à toutes les étapes relatives à la santé. Il existe cinq intervenants principaux :

- Les structures organisationnelles et régulatrices (ministère de la santé, les agences spécialisées et l'Assemblée des représentants du peuple)
- Les institutions financières (Caisse Nationale de Sécurité Sociale, Caisse Nationale d'Assurance Maladie, Sociétés privées d'assurance)
- Les fournisseurs de services (hôpitaux, médecins, infirmiers, professionnels de la santé, pharmaciens, cliniques privées, laboratoires, etc).
- (les patients)
- Les fournisseurs (les fabricants et importateurs de médicaments, les préparations pharmaceutiques, etc.)



Ces intervenants s'ajoutent aux différentes structures professionnelles (syndicats, ordres professionnels, etc.) ainsi que les organisations de la société civile agissant dans ce domaine.

Nous passerons 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'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.

3.1- Les petits pots-de-vin, un premier pas inévitable : « rend-moi heureux et tes affaires iront ! »⁶²

Il s'agit 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 de santé (plus grande attention médicale, lit dans une chambre individuelle, services de propreté etc.) ou pour faire avancer un rendez-vous pour une opération chirurgicale ou pour obtenir des médicaments manquants. Ces sommes versées peuvent paraître dérisoires, n'ayant aucun effet sur les revenus du citoyen, mais elles se transforment rapidement en une charge lourde qui entraîne l'augmentation du coût des soins de santé. Dans une étude publiée en 2015, ces sommes versées en tant que petits pots-de-vin dans tous les secteurs, y compris dans le secteur de la santé, ont été estimées à 450 millions de dinars⁶³ dont une partie importante a été payée par les patients ou leurs accompagnateurs considérant que le secteur de la santé est parmi les plus importants où l'on trouve ce genre de pots-de-vin. Ceci indépendamment des cadeaux de diverses natures qui demeurent socialement acceptés même s'ils constituent une forme de pots-de-vin. Ils sont considérés comme une sorte de gratitude et de reconnaissance pour les efforts consentis.

Ces petits pots-de-vin posent la question sur la partie qui prend l'initiative de le payer. Il a été démontré dans plusieurs situations que ce sont les patients ou les accompagnateurs qui s'empresent d'offrir des pots-de-vin les considérant comme une question familière et acceptable, mais nécessaire. Ces pots-de-vin permettent à ceux qui les ont versés de passer à une position de force et d'exiger de

⁶² Il s'agit d'une formule familière dans le langage parlé tunisien, utilisée par le corrupteur pour soudoyer le citoyen. Elle est usée dans tous les domaines, pas seulement dans le secteur de la santé.

⁶³ ATCP. (2015). *La petite corruption le danger banalisé : Etude exploratoire sur la perception de la petite corruption en Tunisie*. Disponible sur <https://bit.ly/2BL8MyG> (consulté le 20 février 2021)

meilleurs soins ; mais et même si l'initiative revient au patient ou à ses accompagnateurs, il existe un terrain favorable et une réalité qui contribuent à la consécration de ce comportement. En effet, la mauvaise qualité des soins offerts et les difficultés de les obtenir (rendez-vous pour les opérations chirurgicales, la disponibilité des médicaments...) constituent un motif pour donner des pots-de-vin. L'ambiguïté, l'absence d'informations et le manque, parfois factice, des soins de santé ou pour la disponibilité des médicaments ou l'absence des panneaux de signalisation, imposent une communication directe entre le patient et l'agent de santé, ce qui crée un terrain propice pour un échange d'avantages, entre un patient qui a besoin de soins de santé et un agent qui cherche à réaliser des revenus supplémentaires.

Il est plausible que cette forme de corruption peut engendrer l'amélioration de la qualité des soins de santé soit à travers la réduction des délais d'attente dans les hôpitaux ou pour améliorer les services offerts, mais ses effets sont dangereux soit concernant son ampleur, soit sur les couches les plus fragiles. C'est pour cela qu'il est important, et même si ces petits pots-de-vin peuvent avoir un effet bénéfique, ils ne peuvent justifier l'absence de lutte contre la corruption dans la mesure où le coût de ce genre de comportements corrompus dans le secteur de la santé dépasse de loin ses bénéfices parce qu'il peut détruire à long terme l'hôpital public.

3.2- Le favoritisme où les proches sont les mieux servis

Le favoritisme se manifeste lors de l'offre de services médicaux de la part des professionnels de santé et se résume dans la discrimination en faveur des parents, des amis, des collègues ou même des personnes influentes sans prendre en considération le principe d'égalité devant le service public.

Le favoritisme est considéré comme l'une des formes de corruption socialement acceptée dans la mesure où la logique selon laquelle « les proches sont les mieux servis » impose une pression sociale sur l'agent travaillant dans le service public de la santé. Les traditions et les coutumes sociales imposent à l'agent de santé le soutien d'un parent ou d'un ami dans les moments difficiles même si cela se fait au détriment des autres. Ce favoritisme confère aux professionnels de santé une sorte de prestige social en raison de ses services, mais, le fait de ne pas les fournir peut avoir des conséquences désastreuses pour eux au point de provoquer leur rejet de la part de leur environnement puisqu'ils « ne furent pas coopératifs » ou

« serviables ». Ils peuvent même être méprisés et traités d'égoïstes en ne prenant pas en considération la parenté, l'amitié ou la camaraderie.

Ces comportements fondés sur le favoritisme créent un réseau de relations basé sur l'échange des faveurs entre les parents, les amis et les connaissances, et se transforment graduellement en une obligation générale d'échange de faveurs entre les membres d'un réseau de services parallèles, formant ainsi un système global. Ils deviennent, en fin de compte, un véritable traquenard ou piège duquel il n'est plus possible de sortir, et où tout le monde s'y trouve coincé, édulant les limites ou les différences entre l'institution (l'hôpital) en tant que structure autonome ayant ses habitudes de fonctionnement et ses procédures ; et la personne qui y travaille et qui est parvenue à la soumettre à ses fins personnelles. C'est ainsi que les relations sociales et personnelles déterminent la nature des services de santé offerts, et l'institution disparaît petit à petit derrière les personnes rendant les procédures garantissant l'égalité devant le service public en des formalités fictives au service des individus. Du coup, la corruption se transforme en une privatisation officieuse des soins de santé comme l'a souligné Blundo.⁶⁴

3.3- Comment les lois légitiment la corruption ?

L'activité du secteur de santé est encadrée par une série de lois importantes qui est venu organiser les services de santé. Cependant, ces législations se sont rapidement transformées en une ouverture pour la corruption et les excès en raison de leur non-application. Dans ce cadre, on peut présenter l'exemple de l'activité privée complémentaire qui est devenue aujourd'hui l'un des plus importants domaines de la corruption rencontrée dans le secteur public. Cette activité, consacrée depuis 1995 pour encourager les médecins de la santé publique à poursuivre leur activité dans les hôpitaux publics en contrepartie d'une permission d'exercer une activité privée payante, s'est rapidement transformée en une procédure dominée par la corruption comme le démontre l'augmentation du nombre des infractions enregistrées. Pour plusieurs médecins de la santé publique, leur activité dans l'hôpital public était devenue secondaire en l'absence du respect des procédures et des conditions pour exercer cette activité privée complémentaire dont les plus importantes sont :

⁶⁴ Blundo, G. & Olivier de Sardan, J. (2001). La corruption quotidienne en Afrique de l'Ouest. Politique africaine, 3(3), 8-37. <https://doi.org/10.3917/polaf.083.0008>

- La déclaration sur l'honneur pour l'exercice de l'activité selon les conditions légales,
- La délimitation des horaires à raison de deux séances par semaine pendant l'après-midi,
- La tenue d'un registre fixant le nombre des interventions et des patients,
- L'obligation d'exercer l'activité dans le local réservé dans les cliniques externes,
- La perception des sommes par des agents mandatés par l'administration à cet effet,
- La réservation de 70% seulement des sommes perçues pour le médecin, le reste allant à la trésorerie de l'hôpital pour améliorer les conditions de travail dans ces cliniques externes.

La Cour des Comptes a relevé plusieurs abus dans ce domaine comme l'obtention d'une somme de 132 mille dinars par un chef de service en contrepartie de 381 interventions dans une clinique privée entre 2018 et 2020 sans autorisation de pratiquer l'activité privée complémentaire⁶⁵, et le profit de 1,5 million de dinars tiré par 66 médecins de façon illégale au titre de soins médicaux réalisés dans des cliniques privées grâce à des autorisations périmées. On peut remarquer à propos de ces abus que l'administration n'est plus capable de maîtriser cette activité qui a échappé pratiquement à tout contrôle. Même si tous les rapports de contrôle se rapportant à la gestion des hôpitaux évoquent ces abus, l'administration est incapable de sanctionner ces infractions qui constituent une exploitation de fonction pour tirer un bénéfice personnel.

3.4- La fabrication des médicaments et la fabrication de la corruption

Le secteur des médicaments représente l'un des secteurs les plus touchés par la corruption sur le plan mondial. Plusieurs sociétés pharmaceutiques mondiales multinationales dans le domaine des médicaments ou des équipements médicaux ont été accusées de corruption et de distribution de pots-de-vin à des médecins et à des responsables dans le domaine sanitaire dans plusieurs pays afin de pouvoir pénétrer de nouveaux marchés émergents dans un milieu très concurrentiel à l'instar des sociétés Johnson and Johnson, Medtronic ou Pfizer. Celle-ci avait accepté de payer une amende de 60 millions de dollars pour avoir violé les lois américaines de la lutte contre la corruption et cela après que certaines de ses filiales aient payé des pots-de-vin à des médecins et des responsables dans le domaine de la santé pour

⁶⁵ 32^{ème} Rapport de la Cour des comptes, 2021, p.259

obtenir l'accord pour la commercialisation de médicaments, et ainsi augmenter ses ventes dans plusieurs pays parmi lesquels la Chine, la Russie, la Bulgarie, la Croatie, le Kazakhstan et l'Italie⁶⁶.

En Tunisie, ce secteur présente aussi de sérieux risques de corruption. La commercialisation dans le marché tunisien nécessite une autorisation appelée « Autorisation de mise sur le marché » délivrée par la direction générale de la santé publique, et plus précisément de l'Unité de la pharmacie et du médicament au sein du ministère de la santé. Un rapport publié récemment⁶⁷ a relevé que le secteur souffre de plusieurs risques principalement les cas de conflit d'intérêts. En effet, certains membres des commissions de l'Unité de la pharmacie et du médicament travaillent comme conseillers et experts auprès des sociétés pharmaceutiques. De même, plusieurs professionnels de santé ont des relations personnelles ou familiales avec les propriétaires des sociétés qui vendent les médicaments et les équipements médicaux. De plus, l'administration manque de spécialistes, possède peu de moyens pour réaliser sa mission de la meilleure façon possible outre l'absence de transparence et de redevabilité dans la mesure où il n'existe pas de recours contre ses décisions et ses travaux ne sont pas soumis à des délais dans l'examen des dossiers. Ce sont les raisons qui expliquent le retard dans la délivrance de plusieurs autorisations de médicaments dont certaines prennent jusqu'à quatre années, alors que d'autres dossiers sont tranchés en trois mois. Les risques de conflits d'intérêts restent possibles malgré les efforts de réforme consentis par cette administration pour les réduire par le suivi des dossiers d'autorisation à distance ou la multiplication des commissions chargées d'examiner les dossiers pour éviter la centralisation de la décision par une seule commission. A titre d'exemple et pour montrer l'ampleur des abus, le ministère de la santé, et dans une initiative rare, a retiré l'autorisation à 55 médicaments en raison de l'inexactitude des données relatives aux normes techniques portant sur la « bioéquivalence » et son non-respect des normes internationales liées aux essais cliniques et de la validité des données techniques. Ceci démontre l'absence de crédibilité des données délivrées par les laboratoires de fabrication des médicaments en vue de l'obtention des autorisations de commercialisation des médicaments⁶⁸.

⁶⁶ https://www.washingtonpost.com/business/economy/pfizer-agrees-to-pay-60m-to-settle-foreign-bribery-case/2012/08/07/a2426f5e-e0b6-11e1-8fc5-a7dcf1fc161d_story.html

⁶⁷ Ben Nablia S et Mekki H, « Étude de la perception des risques de corruption dans le secteur de la santé en Tunisie », 2019, <https://www.observatoire-take-care.org/download/etude-de-perception-des-risques-de-corrupcion-fr/>

⁶⁸ <https://bit.ly/3ul7i4Z>

3.5- Le vol des médicaments et des équipements médicaux où le fléau qui emporte tout sur son passage

Parmi les pratiques les plus répandues sur le plan mondial, figure celui du vol des médicaments et des équipements médicaux par les professionnels de santé. En effet, la revente des médicaments constitue une source de revenu importante pour plusieurs professionnels de santé, notamment dans le cas où la possibilité de les découvrir est faible, et les sanctions prévues pour leur répression sont insignifiantes.

Les cas de vols découverts sont nombreux à l'instar des médicaments du cancer à l'hôpital Aziza Othmana par un médecin, un adjoint de pharmacie et un infirmier⁶⁹, ou les vols de médicaments dans les deux polycliniques de la Caisse nationale de sécurité sociale d'El Omrane et de la cité El Khadra qui ont été signalés par le rapport de la Cour des comptes⁷⁰. Ainsi, il a été découvert qu'on a délivré à l'un des patients une quantité excessive de médicaments en trois jours qui a atteint 80 comprimés Famodar ou 210 comprimés Adol. Un autre patient a reçu en l'espace de 11 jours, 300 comprimés de Diabanyl alors qu'un agent de l'enregistrement dans la pharmacie de la polyclinique a bénéficié de médicaments d'une valeur de 3538 dinars tirés sur 34 ordonnances en 2015, et sans aucune consultation médicale y compris des médicaments contre l'épilepsie. En outre, des médicaments ont été délivrés à des personnes décédées, ces cas constituant des illustrations importantes et réelles de l'ampleur de la corruption dans ce secteur et leur impact sur les budgets des hôpitaux.

Le président de l'INLUCC a affirmé que le vol des médicaments dans les hôpitaux publics coûte annuellement à l'Etat la somme de 100 millions de dinars, alors que le trafic de médicaments surtout vers la Libye ou l'Algérie lui coûte 600 millions de dinars⁷¹. Il convient de signaler que plusieurs de ces médicaments sont subventionnés et leur éclipse du marché entraîne des crises sanitaires répétées surtout pour les médicaments des maladies chroniques ou dangereuses comme le cancer. Pour mieux mesurer l'ampleur de la contrebande des médicaments vers les pays voisins, on peut se référer à la hausse de la vente des médicaments dans quelques régions frontalières. En effet, et en 2017, et selon les chiffres de la pharmacie centrale, cette hausse a atteint, par exemple, 27% dans le gouvernorat

⁶⁹ <https://bit.ly/3unXQO4>

⁷⁰ 30^{ème} Rapport de la Cour des Comptes

⁷¹ <https://bit.ly/2OVVh5w>

de Kasserine et 40% dans le gouvernorat du Kef, ce qui constitue une augmentation anormale en comparaison avec les autres régions.

3.6- Des cliniques privées hors de contrôle

Le nombre de cliniques privées a connu une hausse considérable après l'annulation de la procédure de l'autorisation et sa substitution par un cahier des charges atteignant en 2020 le nombre de 103 cliniques privées pour une capacité de 6676 lits, ce qui représente 24% de l'ensemble de la capacité nationale. Selon les chiffres du ministère de la santé, il est prévu que le nombre de cliniques privées va évoluer de 70% dans les cinq prochaines années.

Ces cliniques ont profité de ce contexte pour se transformer en « paradis » pour une frange importante de la société tunisienne afin de surmonter les contretemps et les mauvais services dans les hôpitaux publics, et, en un espace d'extorsion et de violation de leurs obligations sur tous les plans à commencer par la disponibilité du cadre médical et paramédical jusqu'au respect de l'hygiène et d'une facturation réelle.

L'INLUCC a signalé dans son rapport la non-conformité d'une clinique privée à Gafsa au cahier des charges relatif aux cliniques privées pour manque de cadre médical et paramédical, manque dans les équipements et le non-respect des normes préventives, causant l'infection de 27 patients de l'hépatite «C » qui ont vu leur état s'aggraver en raison de l'absence de toute intervention médicale⁷². De même, le rapport de la Cour des comptes a énuméré un certain nombre d'infractions commises dans ce domaine et constituant des cas de corruption :

- L'absence de publicité des produits et des soins de santé
- La facturation de sommes supplémentaires de manière illégale (services ou médicaments non fournis)
- Une facturation excessive pour les patients étrangers
- La fixation de marges bénéficiaires excessives pour certains services médicaux
- L'augmentation des prix des médicaments.

La principale problématique à l'encontre de ces cliniques privées demeure l'inapplication des sanctions pénales à leur égard et se rapporte à la corruption dans le secteur privé et les personnes morales qui échappent aisément à cette

⁷² Rapport de l'Instance Nationale de Lutte Contre la Corruption, 2018, p.238

responsabilité. En effet, et à l'exception de sanctions administratives telles la fermeture ou les amendes, les autres sanctions sont absentes.

3.7- La corruption dans les marchés publics

La corruption dans les marchés publics constitue la forme la plus coûteuse. Elle se manifeste par le paiement de pots-de-vin pour l'obtention de marchés de médicaments, d'équipements, de maintenance, ou par l'achat d'équipements qui ne seront pas utilisés, ce qui est une forme de gaspillage des deniers publics ; ou par la hausse des prix avec la complicité des importateurs et la réception d'équipements non-conformes aux contrats signés, ou l'orientation des marchés vers des fournisseurs bien précis. Autant de pratiques devenues habituelles dans un secteur dont les ressources se sont repliées.

Il existe aussi d'autres types de corruption difficiles à énumérer comme l'évasion fiscale des professionnels de santé ou l'émigration des médecins à l'étranger alors que l'Etat a dépensé d'énormes sommes pour leur formation, ce qui provoque une dangereuse hémorragie dans le système outre la réticence à travailler dans les régions de l'intérieur du pays. La corruption touche aussi le recrutement dans les hôpitaux publics, le fléau de l'absentéisme des professionnels de santé, ou encore, le détournement des patients vers les cliniques privées et bien d'autres innombrables formes de corruption.

4. Quelles sont les causes de la corruption dans le secteur sanitaire ?

La corruption dans le secteur de la santé n'est qu'une des figures de la corruption qui sévit dans une société déterminée. Elle reflète la nature des relations sociales. La corruption s'est transformée aujourd'hui en un comportement quotidien normal, apparemment rejeté mais considéré comme une forme d'intelligence sociale permettant d'obtenir un avantage. Il s'agit aussi d'une corruption liée à un grand enjeu financier et économique avec les sommes dépensées et le pouvoir d'appréciation existant dans le secteur transformé en un véritable foyer pour toutes les formes de corruption. Comment peut-on expliquer la corruption d'un point de vue théorique et scientifique ?

4.1- Les principaux fondements théoriques pour expliquer la corruption

La corruption a été expliquée selon plusieurs approches théoriques dont la plupart sont à caractère économique. La première est celle qui se base sur une explication fonctionnelle de la corruption. Cette explication est apparue dans les travaux de plusieurs chercheurs comme Samuel Huntington (1968). Il a présenté la corruption en tant que pratique nécessaire pour faciliter les affaires et attirer le développement économique. Il s'agit aussi d'une nécessité « pour graisser les roues »⁷³. Cette explication s'est développée par la suite pour s'étendre à des secteurs non économiques comme les services sociaux telle la santé. Selon cette théorie, la corruption allège la lenteur de la fourniture des soins de santé et améliore leur qualité comme c'est le cas d'un patient qui souhaite avancer le rendez-vous d'une opération chirurgicale par exemple, et qui est donc prêt à payer un pot-de-vin à un agent de la santé qui le considère comme un complément de son bas salaire en contrepartie d'un service consistant à réduire les délais pour cette opération. Lorsque les besoins des deux parties convergent, celui qui a sollicité un service (l'accès aux soins de santé) et celui qui l'offre (un supplément d'argent), l'accord se concrétise avec le paiement de la somme et l'obtention du service que le patient pourrait ne pas obtenir s'il ne paie pas. L'école fonctionnelle considère la corruption comme une occasion pour permettre aux pauvres d'obtenir des soins de santé acceptables dans les hôpitaux publics en contrepartie de pots-de-vin dérisoires au lieu de s'orienter vers les cliniques privées pour les mêmes soins à des coûts qui leur sont inaccessibles. Ainsi, la corruption est un moyen pour la redistribution des soins de santé et la réduction des disparités entre les citoyens pour les obtenir dans un contexte où l'Etat est incapable d'offrir de tels services, pour cause de lourdeur de la bureaucratie, sa désorganisation et son inefficacité.

En revanche, la deuxième école présente la corruption comme un phénomène négatif qui ralentit le développement⁷⁴. Les effets de la corruption dépassent le paiement de pots-de-vin dérisoires et des cadeaux aux professionnels de santé pour former une menace sur la vie des personnes, surtout les plus pauvres, alourdissant ainsi leurs charges avec des dépenses supplémentaires qui dépassent leurs moyens financiers et les empêchant d'accéder aux soins de santé élémentaires. Ils créent une disparité dans l'accès à la santé entre les pauvres et les riches en imposant des redevances supplémentaires que les pauvres ne seraient pas en mesure de supporter.

⁷³ « Grease in the wheels »

⁷⁴ « Sand the wheels ».

D'autres écoles ont abordé la corruption du point de vue individuel et rationaliste dont la plus connue est la théorie du mandat⁷⁵. Le mandat se base sur un contrat par lequel un individu ou un groupe d'individus (le mandant) charge un ou plusieurs autres personnes (mandataire) pour le remplacer dans l'exécution d'un travail quelconque. Dans cette situation, les intérêts du mandant et du mandataire ne concordent pas habituellement, et par conséquent ces intérêts sont contradictoires. En outre, l'insuffisante information du mandataire sur la manière de réaliser sa mission aboutirait à de la corruption. Ainsi, le médecin (le mandataire) est chargé par le patient (le mandant) de le soigner et prendre, a priori, les décisions dans son intérêt que ce soit dans le choix des soins ou des médicaments. Cependant, ces choix peuvent influencer sur les revenus du médecin, sa situation professionnelle ou les conditions d'exercice de sa profession, ce qui l'amène à offrir des soins en-deçà du niveau pour gagner du temps ou pour s'épargner des efforts, et à prescrire des soins coûteux dans le but d'améliorer sa situation matérielle. Il s'agit d'une pratique courante chez la plupart des professionnels de santé comme les sociétés pharmaceutiques ou les pharmacies qui affecte grandement la fiabilité du système de santé et incite à la propagation de la corruption.

A travers cette théorie, la corruption apparaît comme un choix rationnel⁷⁶ imposé par les calculs et les équilibres entre les gains et les pertes, et entre les bienfaits de la corruption et ses dangers. Cependant, en mettant l'accent sur la psychologie des corrompus et leurs choix rationnels, il ne faut pas perdre de vue les déterminants sociaux et contextuels et la nécessité de les comprendre pour les maîtriser. De plus, il ne faut pas négliger le rôle des choix individuels et leur influence sur les valeurs collectives des membres de l'institution dans la mesure où ces comportements déviants se transforment en comportements communs, qui se créent et se transmettent à travers des interactions informelles. Ainsi, toute déviance individuelle sur le lieu du travail, si elle est tolérée et non condamnée rapidement, peut se transformer en une pratique normale acceptable et en une culture institutionnelle⁷⁷.

4.2- La santé d'abord et quel qu'en soit le prix !

⁷⁵ « Agency theory »

⁷⁶ « Rational Choice »

⁷⁷ Jackall, Robert, 1988, 'Moral Mazes: The World of Corporate Managers.' International Journal of Politics, Culture, and Society 1(4).

La capacité de résister à la corruption s'affaiblit quand le coût concerne la vie de l'individu, et lorsque la corruption devient synonyme de sauvetage des vies humaines et de restauration de la vie, cela ouvre la porte à l'exploitation de la position de vulnérabilité et d'urgence de la part des acteurs du secteur de santé et des prestataires de services. En contrepartie, la capacité de résilience disparaît devant les pressions visibles ou occultes. Le recours à la corruption devient un phénomène acceptable et une pratique quotidienne et normale, et le malade et sa famille tentent d'obtenir des soins de santé quel que soit le prix indépendamment de leur condamnation de principe de la corruption. Car et devant la santé de l'individu, toutes les valeurs s'effondrent.

4.3- La complexité du secteur de santé, porte ouverte à la corruption

Le secteur de la santé représente le secteur le plus complexe du point de vue de son organisation. En effet, la multiplicité des intervenants cités ci-dessus (cinq intervenants) soulève les interactions, les complications ou les relations qui exacerbent les difficultés de la disponibilité de l'information et de son analyse, ce qui réduit la transparence et la découverte de la corruption lorsqu'elle se produit. De même, elle relève les risques et les opportunités de corruption, et engendre la participation de plusieurs parties à accroître les intérêts et leur interaction, à inciter aux comportements corrompus et à abuser de leurs fonctions pour obtenir des avantages financiers directs ou pour s'approprier de nouvelles parts du « marché de la santé ». Cette interaction rend plus difficile la révélation des opérations de corruption et la désignation de ses responsables.

4.4- Quand l'information est absente sur le « marché de la santé »

Le « marché de la santé » diffère des autres marchés dans la mesure où les règles de l'offre et de la demande habituelles ne s'y appliquent pas, comme ne s'applique pas le libre choix du consommateur. Il s'agit d'un secteur où l'information est insuffisante, et où il est difficile de prévoir les besoins futurs vu l'incertitude et l'élément de surprise qui y prévalent. Il est difficile voire impossible de prédire qui va tomber malade ou quand, et de quelle maladie sera-t-il affecté ? Par conséquent, la détermination de manière préalable et avec précision les soins de santé exigés en médicaments ou en équipements et autres services, est ardue, tout comme le moment où on en a besoin ou toute autre alternative. A titre d'exemple, l'épidémie du Corona, ainsi que les difficultés inattendues qu'elle a posée, a surpris tous les pays du monde pour l'obtention du vaccin, la fourniture des lits, la connaissance du

nombre de personnes infectées et la riposte rapide en fonction de l'évolution du nombre des patients.

Il s'agit aussi d'un secteur fondé sur des informations asymétriques ⁷⁸ comportant des déséquilibres majeurs en termes de disponibilité de l'information entre les prestataires des services de santé et les patients, ce qui rend difficile le contrôle de nombreux intervenants, la détermination des responsabilités et la révélation des abus. Les patients et leurs familles (les consommateurs) ne disposent pas dans le « marché des services de santé » de la même capacité de choix pour l'obtention des meilleurs prix et des meilleurs soins comme c'est le cas dans les autres marchés. Ils ignorent au préalable le coût réel des services de santé parce qu'il est difficile de prévoir par exemple la nature des médicaments qui peuvent être prescrits par le médecin ou les autres services complémentaires comme les analyses médicales et autres. De même, ils ne peuvent pas entrer dans une opération de marchandage ou discussion avec les professionnels de santé relativement à leurs choix parce que la concentration du consommateur (le patient) est fixée, lors de cette période, à lutter contre la maladie et la guérison indépendamment du prix. Il s'agit du déséquilibre qui caractérise le « marché de la santé ».

Le même phénomène se reproduit dans les rapports entre les sociétés pharmaceutiques et les médecins, ou, entre les sociétés d'assurance maladie et les patients. Ce déséquilibre dans la disponibilité de l'information constitue un point d'entrée aux abus, à la corruption, et une cause de sa propagation. Ainsi, un médecin peut prescrire un médicament précis à un patient parce que la société pharmaceutique fabricante lui offre des incitations pour le faire (voyages, cadeaux, etc).

4.5- Déficit financier et carence du contrôle

La corruption est, dans la plupart des cas, le résultat de l'absence de gouvernance. L'ampleur de la corruption dans le secteur de la santé est structurellement liée d'une manière générale à la gouvernance de l'Etat à cause de sa gestion financière ou administrative qui se répercute sur la gouvernance des structures sanitaires. En effet, la majorité des hôpitaux souffre d'un déficit financier structurel dont la cause essentielle est due à l'incapacité des caisses sociales à s'acquitter de leurs contributions à la Caisse nationale d'assurance maladie qui se trouve elle-même incapable de payer leurs dus aux hôpitaux qui ne peuvent plus

⁷⁸ « Asymmetric information »

honorer leurs dettes auprès de leurs fournisseurs. L'hôpital de La Rabta, l'un des plus grands du pays, et dont 90% du budget provient de la Caisse nationale d'assurance maladie, et en raison du non-paiement des contributions de cette dernière, est incapable de payer ses dettes auprès de ses fournisseurs, dont le plus important est la Pharmacie centrale⁷⁹.

L'accident du jeune médecin décédé dans un ascenseur à l'hôpital régional de Jendouba demeure une pénible image d'une série de tristes événements qui prouvent l'effondrement de l'hôpital public et reflètent l'ampleur du déficit financier dans les hôpitaux qui coïncide avec la poursuite de l'augmentation du nombre des personnes exemptées du paiement des coûts des soins (plus de 350 mille bénéficiaires porteurs du carnet de soins gratuit). Ce déficit financier est devenu quasiment structurel et constitue désormais un cercle duquel il est difficile d'en sortir. Cette situation démontre l'incapacité de l'Etat à réaliser l'équilibre entre le droit à la santé et la nécessité de financer les structures de santé créant ainsi une pression sur l'offre des prestations sanitaires publiques face à la rareté des ressources (médicaments, cadres médicaux, etc). Dans la plupart des cas, ces carences sont soignées par des pratiques frauduleuses et la corruption en vue d'obtenir des soins de santé ou en améliorer leur qualité.

Sur un autre plan, les organes de contrôle représentés essentiellement par les opérations d'inspection menées par le ministère de la santé (l'inspection médicale, l'inspection administrative et financière etc.) et par d'autres structures de contrôle contribuent, par leur carence, à la propagation de la corruption. En effet, la faiblesse des contrôleurs, les limites de leurs attributions, leur dépendance fonctionnelle et les moyens limités à leur disposition dans l'instruction dans les affaires de corruption ainsi que la quasi-absence de suite à leurs recommandations sont autant de motifs qui handicapent la lutte contre la corruption, faisant du secteur de la santé un domaine faiblement contrôlé. La Cour des comptes a mis en relief la faiblesse du contrôle des différents intervenants à l'instar des cliniques privées soit au niveau du respect du cahier des charges ou du respect des critères des normes d'hygiène ou de la facturation des services⁸⁰. Elle a précisé que le ministère du commerce, par exemple, n'a pas programmé des missions de contrôle périodiques

⁷⁹ Des hôpitaux publics en Tunisie face à la faillite, El Arabi El Jadid, 22/01/2021, <https://bit.ly/37SBlla>

⁸⁰ Rapport annuel de la Cour des comptes 2021, 32^{ème} année, p.211

sur ces cliniques de façon à vérifier la validité de la facturation et son intervention s'est limitée à traiter les recours et les plaintes⁸¹.

4.6- Le manque de ressources et la rareté, causes de la corruption

Le manque de ressources cause habituellement une pression sur les structures sanitaires publiques. Ce manque revient à la faiblesse des budgets réservés à l'équipement, à l'achat des médicaments et des équipements pour ces structures. Ainsi, le budget du ministère de la santé pour 2021 atteint 2885 millions de dinars dont 78.7% sont réservés aux salaires, alors que le reste des ressources a été prévu pour l'achat des équipements et des médicaments, et pour équiper les structures de santé et de la recherche scientifique⁸². Cette situation entraîne la poursuite du déclin des services de santé en raison de la détérioration de l'état de l'infrastructure et des équipements, ainsi que de la pression et de l'encombrement des hôpitaux publics. En plus, le déséquilibre dans la répartition des agents de santé dans les différents hôpitaux et le manque de cadres médicaux incitent à la corruption dans la mesure où la recherche des services du cadre médical disponible devient source de concurrence entre les citoyens.

Cependant, cette pression peut aussi être factice pour stimuler la recherche de pots-de-vin. En effet, la mauvaise gestion dans les opérations d'accueil et l'absence de panneaux signalétiques provoquent un engorgement des patients et de leurs accompagnateurs, ce qui aide à l'apparition d'intermédiaires pour obtenir la priorité. D'un côté, la lenteur des prestations sanitaires pousse les patients à chercher d'autres circuits parallèles de soins. De l'autre côté, la faiblesse de l'exploitation de quelques équipements à cause de leur sabotage, le mauvais usage du matériel médical et des médicaments, et leur déficiente distribution, créent une situation de rareté et de pénurie, ce manque suggérant au patient le recours à la corruption. C'est pour cela qu'il faut lutter contre les réseaux parallèles qui se forment à l'intérieur des institutions hospitalières pour gérer les circuits des médicaments et du matériel médical, et révéler les opérations volontaires de sabotage.

4-7- L'impunité

⁸¹ Rapport annuel de la Cour des comptes 2021, 32^{ème} année, p.265

⁸² Budget du ministère de la santé 2020-2021

http://www.finances.gov.tn/sites/default/files/12/%D9%85%D9%87%D9%85%D8%A9%20%D8%A7%D9%84%D8%B5%D8%AD%D8%A9_0.pdf

Malgré la multiplication de grandes affaires de corruption qui ont été révélées dans le secteur de la santé comme l'affaire des stents dans laquelle sont impliquées de grandes cliniques privées ou le décès des bébés et des dizaines d'affaires de vol de médicaments et autres abus, il se dégage un sentiment général d'impunité et une incapacité à démanteler un système de corruption intouchable. La longueur des délais de l'instruction dans ces affaires et l'absence d'information relativement à leurs issues, l'ampleur des pressions exercées pour enterrer plusieurs dossiers ou la recherche à influencer sur leurs résultats, confirment la capacité des différents lobbys à orienter l'issue de l'instruction administrative ou même juridictionnelle dans ces affaires. Ainsi, les affaires des médicaments non conformes qui ont été retirés du marché, des stents ou de la chute du jeune médecin Badreddine Aloui à l'hôpital régional de Jendouba ont été suivies de mesures rapides pour présenter des bouc-émissaires et calmer une opinion publique en colère, mais sans que cela ne débouche sur une réflexion sur les profondes problématiques ou l'interpellation des véritables coupables.

Sur un autre plan, l'organisation administrative au sein des structures sanitaires empêche l'édification d'un système efficace de redevabilité et de suivi du rendement des cadres de santé. Il est, par exemple, difficile de prendre des sanctions disciplinaires à l'encontre des médecins qui exercent l'activité privée complémentaire sans autorisation ou sanctionner ceux parmi les cadres qui se rendent coupables d'abus en raison du fort corporatisme sectoriel (syndicats, ordres, etc.). Les administrations des hôpitaux n'ont pas la capacité de sanctionner les agents coupables d'infractions parce que les conseils de discipline se réunissent au ministère. De même, le parcours professionnel des agents dépend du ministère sur le plan central, ce qui rend les administrations des établissements de santé incapables d'intervenir au niveau de l'évaluation, du suivi ou de la redevabilité des agents alors qu'elles sont les plus aptes pour comprendre les problèmes internes des hôpitaux et pour leur trouver des solutions.

5. De multiples causes pour les mêmes effets

Une unanimité se dégage sur les effets de la corruption dans le secteur de la santé malgré la diversité de la détermination de leurs causes. La corruption a un coût financier supporté par les budgets de l'Etat et des hôpitaux publics. Le vol du matériel médical ou des médicaments ou le non-paiement des prestations de santé dans les hôpitaux aggravent les dettes. Il en est de même pour l'absence injustifiée du travail, l'utilisation des équipements de l'hôpital de manière illicite, l'achat de matériel ou

de médicaments qui ne sont pas exploités en raison d'une défaillance dans la détermination des besoins ou la construction d'unités sanitaires qui ne répondent pas aux normes et rien que pour servir des intérêts particuliers de fournisseurs ou d'entrepreneurs en contrepartie de pots-de-vin. Ce sont là autant de formes onéreuses de corruption qui réduisent la capacité de l'Etat à financer la santé publique et à répondre aux besoins avec des services qualitativement acceptables.

Cependant, la corruption dans le secteur de la santé n'entraîne pas seulement le gaspillage des maigres ressources financières, elle a également un impact négatif sur le droit humain aux soins de santé. Elle engendre un surcoût de ces soins et l'amplification des coûts des prestations sanitaires supportés par le patient, privant les couches les plus pauvres et marginalisées du bénéfice de leur droit à la santé. Du fait que ces couches sont celles qui fréquentent le plus l'hôpital public, elles se trouvent dans l'obligation de payer des pots-de-vin ou bien s'abstiennent de se soigner parce qu'elles ne sont pas en mesure d'en supporter les frais. En plus de l'augmentation du taux des dépenses directes de santé⁸³, qui est un critère de calcul des sommes payées directement par un individu pour obtenir des soins de santé et qui a atteint en Tunisie, selon les chiffres de l'Organisation Mondiale de la Santé 38% en 2018 contre une moyenne mondiale de 18%⁸⁴, les couches les plus vulnérables sont aussi obligées de payer des pots-de-vin. Cette situation contribue à creuser le fossé entre les couches sociales capables de supporter les frais des soins dans le secteur privé et celles qui sont dans l'obligation de recourir aux services de l'hôpital public en tant que dernier recours.

Sur un autre plan, la corruption cause la dégradation de la qualité des soins et des risques sanitaires majeurs qui peuvent entraîner la propagation de maladies et le déclin des différents indicateurs de santé tels l'espoir de vie à la naissance ou le taux de mortalité infantile. En effet, le manque de médicaments, la longue attente des services de santé ou les taux élevés d'absentéisme du personnel soignant contribuent à l'augmentation des risques sanitaires. C'est ce que démontrent de nombreuses études qui indiquent, à titre d'exemple, que les pays où la corruption se propage, l'espoir de vie diminue⁸⁵. C'est ce qui a été confirmé par plusieurs rapports de la Cour des comptes qui ont relevé la détérioration des conditions des normes

⁸³ « Out of the pocket health expenditures »

⁸⁴ <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=TN>

⁸⁵ Mauro, P. (1998); "Corruption and the composition of government expenditure"; Journal of Public Economics, vol.69, n° 2 : pp. 263-279.

d'hygiène dans les centres d'hémodialyse et la hausse des risques de contagion de l'hépatite « C ». De même, le non-respect de ces normes a entraîné la hausse du nombre d'infections nosocomiales et des cas de décès dans les hôpitaux qui sont le résultat inéluctable de l'absence de contrôle et de la corruption. Les effets négatifs de la corruption sur la santé publique concernent également les risques liés à la commercialisation et à la prise de médicaments ou de produits non-conformes qui peuvent mettre en péril la vie des gens.

La corruption peut aussi briser la confiance des citoyens dans les services de santé publique et nuit gravement aux relations entre les prestataires de services et les patients et leurs familles ; ce qui conduit à la hausse des cas de violence dans les établissements de santé qui est devenu un phénomène remarquable constituant une menace pesant sur la continuité du service de santé et un élément de tension au sein des hôpitaux entre les différents intervenants.

6. Quels moyens pour combattre la corruption dans le secteur de la santé ?

Pour combattre la corruption, il faut prendre en considération les principes suivants :

- Premièrement : La corruption ne peut être combattue dans le secteur de la santé indépendamment de la lutte dans tous les autres secteurs. Elle doit s'inscrire dans une vision qui considère la lutte contre la corruption comme une véritable politique d'Etat selon un engagement clair, et non pas comme un slogan destiné à satisfaire les recommandations des investisseurs étrangers ou un moyen pour surfer sur la vague populiste anti-corruption.

- Deuxièmement : La lutte contre la corruption passe essentiellement par la réhabilitation de la place de l'hôpital public et la fin des politiques d'austérité à cause de la réduction de l'intervention sociale de l'Etat en prévoyant le financement nécessaire afin d'offrir des services sanitaires publiques de qualité et atteindre l'équilibre financier. Grâce à cette politique, l'Etat peut couper la route devant toutes les tentatives d'exploitation des insuffisances structurelles, financières et humaines de l'hôpital public afin qu'il ne devienne pas le dernier refuge de tous ceux qui n'arrivent pas à se soigner comme vient de le démontrer l'épidémie de la Covid-19 qui a vu l'hôpital public être le chef de file dans la lutte contre ce fléau.

- Troisièmement : Il n'existe pas un secteur plus complexe que celui de la santé qui rend la lutte contre la corruption extrêmement compliquée à cause

de l'imbrication de plusieurs éléments tels le manque d'information, la multiplicité des acteurs agissants, les conflits d'intérêts ou le large pouvoir discrétionnaire. Ceci fait que le processus de contrôle de la corruption exige des politiques complexes réunissant les aspects techniques, sociaux, juridiques, économiques et de sensibilisation intégrées au sein de politiques de réformes qui prennent en considération toutes ces composantes, et partent du principe de l'insuffisance des solutions techniques et fragmentées.

- Quatrièmement : L'adoption de principes théoriques tronqués peut conduire à l'échec des tentatives de lutte contre la corruption. En effet, la théorie du mandataire principal ou du choix rationnel seulement, qui considèrent la corruption du responsable public comme un problème personnel basé sur des calculs et des choix rationnels et individuels, et sur l'équilibre entre pertes et profits, pourrait s'avérer bonne si elle s'intègre dans un contexte et un cadre dans lesquels la corruption serait un problème individuel et un phénomène limité dans son ampleur et dans son domaine. Cette théorie insiste donc sur la modification de cette équation à travers l'augmentation du coût d'entrée dans le jeu de la corruption. Cependant, dans les contextes et les cadres où la corruption est un virus propagé, un travail méthodique et un choix collectif au sein de tout un système, cette approche pourrait donner lieu à des résultats limités et non garantis.

Ces quatre principes pourraient constituer un point de départ pour l'édification d'une vision qui tranche avec l'échec dans la lutte contre la corruption et mettre fin à sa large acceptation sociale comme le démontrent les multiples chiffres et sondages. A partir de là, nous pouvons proposer quelques solutions qui se fondent sur trois principes de gouvernance : la transparence, la redevabilité et la participation.

6.1- La transparence où quand la numérisation est la solution

La disponibilité de l'information sur les services de santé et la garantie de sa transparence est un élément principal qui contribue aux campagnes de lutte contre la corruption. La transparence concerne l'ensemble des domaines relatifs à la gestion du secteur de santé comme la gestion administrative et financière portant sur les recrutements, les marchés ou la gestion des dossiers médicaux et des médicaments. Elle touche les déclarations sur les cas de conflits d'intérêts et leur gestion dans la clarté. La transparence pourrait se concrétiser par la numérisation qui offre les possibilités techniques pour le suivi de l'efficacité des interventions sanitaires, l'information des patients sur les services offerts et leur

disponibilité, la prise de rendez-vous, le suivi des stocks de médicaments et l'utilisation du dossier médical informatisé, outre les différents achats ou la fourniture d'informations statistiques sous la forme de données accessibles pour encourager la recherche et la redevabilité.

Cependant, la numérisation dans le secteur de la santé paraît une solution magique pour limiter les abus, et des sommes considérables ont été dépensées pour la mettre en place. Elle a été adoptée très souvent de manière partielle ne couvrant pas les différents services de santé ou tout le circuit de gestion des médicaments. De même, elle n'a pas intégré tous les intervenants dans le secteur de la santé laissant des failles dans le système de contrôle de gestion qui ont été utilisées comme exutoires aux nombreux abus. Dans certaines circonstances, elle s'est transformée d'une solution pour résoudre certains problèmes à une démonstration pour la consommation politique. Cependant, et d'un autre côté, les forces d'opposition à la numérisation du secteur de la santé publique ont réussi à faire échouer plusieurs initiatives en résistant au changement et en refusant l'utilisation des différents systèmes disponibles surtout en l'absence d'une volonté réelle et continue de l'imposer de manière définitive. C'est pour cela que l'utilisation de la numérisation dans le secteur de la santé doit s'inscrire dans une vision homogène sur l'ensemble du circuit de gestion en fonction d'un choix stratégique que l'on ne peut remettre en cause en raison des humeurs ou des intentions. Autrement, elle demeurera une simple procédure limitée et tronquée, facile à perturber.

6.2- La révélation de la corruption et l'application de la loi où quand la corruption a un coût

Comme nous l'avons indiqué, la faiblesse du système de contrôle interne et externe dans le secteur de la santé a conduit à un sentiment général d'impunité. Dans la mesure où l'on ne peut pas traiter la question de la corruption sans révéler ses dessous, il est impérieux de prévoir des mécanismes de contrôle conséquents avec du personnel maîtrisant les techniques de contrôle et d'instruction, et répondant aux conditions de d'indépendance et d'intégrité afin d'exercer ses fonctions avec compétence et édifier des structures de contrôle fortes ayant les

ressources pour remplir ses missions de contrôle loin des pressions et de toute instrumentalisation.

Cependant, l'édification d'un contrôle efficient peut demeurer sans effet si jamais une nouvelle approche du contrôle sur la base de la gestion des risques n'est pas concrétisée. Cette approche consiste à identifier les différents risques de mauvaise gestion et de corruption dans le secteur de la santé au sein d'une cartographie des risques permettant de recenser toutes les formes de corruption. Les mesures préventives, qui empêchent les actes de corruption avant leur production, seront ensuite déterminées sur la base de l'évaluation des risques dans chaque établissement de santé. Il s'agit d'une approche qui a été utilisée au sein de l'expérience des « îlots d'intégrité » menée dans le cadre d'un programme commun entre le Programme des Nations-Unies pour le développement et l'Instance de lutte contre la corruption dans trois hôpitaux en Tunisie : l'hôpital régional Sadok Mokaddem de Djerba, l'hôpital régional de Jendouba et l'hôpital La Rabta à Tunis.

De même, la consécration d'un système de signalement de la corruption constitue un mécanisme important de nature à la limiter. En effet, la corruption dans le secteur de la santé comporte, dans la plupart des cas, des comportements difficiles à découvrir dans la mesure où ils sont secrets, connus seulement par les parties qui y participent comme le paiement de petits pots-de-vin, le vol des médicaments ou les conflits d'intérêts, ce que le signalement des faits de corruption permet de révéler. Le signalement de la corruption présume aussi la garantie de protection des lanceurs d'alerte comme cela a été consacré par la loi relative au signalement des faits de corruption et à la protection des lanceurs d'alerte⁸⁶. Cela suppose aussi le déclenchement rapide de l'instruction dans les dossiers soulevés en les déférant, s'ils sont prouvés, devant la justice qui demeure le dernier maillon dans le processus de l'application de la loi, et qui peut, à travers ses jugements, rendre le coût de la corruption beaucoup plus élevé que ses avantages.

Le processus disciplinaire constitue également un maillon important pour mettre fin à l'impunité, ce qui nécessite le changement de la culture organisationnelle des établissements de santé par la nature des sanctions, le bris de la solidarité corporatiste qui peut s'ériger en obstacle à l'instruction dans de nombreuses affaires et à l'application des sanctions nécessaires.

⁸⁶ Loi organique 2017-10 du 7 mars 2017 relative au signalement des faits de corruption et à la protection des lanceurs d'alerte

6.3- Vers une gouvernance globale du secteur de la santé

La nature de 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. Ce changement dans la gestion globale de l'Etat devrait se répercuter nécessairement sur la gestion dans le secteur de la santé qui a besoin d'une nouvelle gouvernance fondée sur la base des principes de transparence, de redevabilité et de participation. Cela devrait développer les administrations des hôpitaux en leur octroyant plus de pouvoirs dans la gestion administrative et financière, et en leur demandant des comptes, le cas échéant. Elles pourraient aussi œuvrer à l'amélioration des conditions d'accueil ou à la modernisation des équipements. Mais, il est aussi nécessaire de développer le rôle de la société civile et l'information de contrôle afin de constituer cet œil extérieur qui exerce une pression pour instaurer le changement.

D'un autre côté, et même si les tentations de la corruption sont bien plus conséquentes, il est important de prévoir des incitations et des encouragements aux bonnes pratiques morales au profit des professionnels du secteur par l'instauration de primes et de récompenses qui seront liées à leur rendement et à la qualité des prestations.

Plusieurs autres problématiques restent posées sur la gestion du pilotage de ce changement d'une manière globale et efficace surtout avec l'augmentation des pressions prévues sur le secteur de la santé dans les années futures avec la poursuite du vieillissement de la population, l'exacerbation de la vulnérabilité économique de larges couches de la société tunisienne face au manque de ressources, la poursuite du départ des médecins à l'étranger, la domination des lobbys et l'intimidation opérée par des élites obstructives. Tout cela intervient dans un contexte marqué par l'étroite marge de manœuvre de forces politiques, dont la majorité, ne possèdent ni une vision claire du rôle de l'Etat dans le domaine social, ni un engagement pour de profondes réformes dans la mesure où la réforme exige une vision politique nette sans laquelle la corruption continuera à se propager jusqu'à la normalisation totale avec tout ce que cela peut signifier comme effondrement du système de santé, et par-delà, de l'Etat.

Les jeunes médecins en Tunisie : entre le marteau de l'aliénation économique et sociale, et l'enclume de l'aliénation de l'immigration

Soufiane Jaballah

L'émigration touche les médecins tunisiens notamment les jeunes, surtout dans le contexte de l'après-révolution. Les diplômés, les docteurs ou les étudiants dans les différents niveaux, les médecins de famille ou les spécialistes quittent le pays soit pour poursuivre leurs études, soit pour travailler et s'installer à l'étranger, et plus précisément en Europe.

Les statistiques et les données disponibles fondées sur des études scientifiques ou officielles démontrent que les intentions d'émigration dépassent en moyenne 70% chez les médecins de famille et les médecins anesthésistes comme cela apparaît dans des thèses de doctorat en médecine soutenues et publiées récemment. Malgré la rareté des données officielles, des pourcentages importants concernent également ceux qui ont émigré à titre individuel et non de manière institutionnelle.

Les jeunes médecins se retrouvent au-devant d'une scène kafkaïenne produite par une réalité « Don-quichottesque » où ils se battent et se débattent contre un système complexe et de domination qui les exploite. Cette vision de l'émigration des compétences médicales pour diverses raisons et de différentes façons, avant, pendant et après la pandémie, nous rappelle les scènes des migrations massives ou celles des groupes de diasporas à travers l'histoire.

En Tunisie, l'émigration, plus connue dans le dialecte populaire sous le vocable de la « Hajja »⁸⁷ (il s'agit, selon le dictionnaire complet des significations, d'un mot de l'arabe classique : un homme « hajj » (part) signifie qu'il fuit très loin pour éviter l'injustice), est un phénomène ancien dans l'histoire de l'humanité en

⁸⁷ « Hajja » dans le dialecte tunisien signifie une sorte de départ forcé

général et dans l'histoire de la Tunisie en particulier, ancré dans le temps, renouvelé et durable dans le présent et dans le futur.

Pour analyser et aborder cette problématique, nous proposons, dans un premier temps, deux niveaux le premier méthodologique et le deuxième statistique ; et dans un deuxième temps, nous allons l'aborder et la disséquer sociologiquement.

Introduction méthodologique

En raison de plusieurs considérations liées au temps, au contexte de pandémie et surtout en raison de la rareté des données, nous nous sommes appuyés en priorité et de manière secondaire sur des données puisées dans deux thèses de recherches pour le doctorat en médecine soutenues et publiées récemment à la faculté de médecine de Tunis et à la faculté de médecine de Monastir sur les intentions d'émigration chez les jeunes médecins. Nous avons recouru aussi à une étude nationale publiée par l'Institut Tunisien des Etudes Stratégiques dépendant de la présidence de la République, des interviews semi-orientées et des discussions directes ou indirectes avec de jeunes médecins, hommes et femmes, de différents âges, spécialités et dans les facultés en Tunisie et en Allemagne. Nous avons également réalisé une recherche bibliographique intensive pour bien disséquer le dilemme de l'immigration des médecins en Tunisie et dans le monde.⁸⁸

Introduction statistique : Esquisse d'un diagnostic quantitatif des intentions d'immigration et du fait migratoire chez les jeunes médecins en Tunisie

Avant de procéder à une analyse de la problématique immigration/migration des jeunes médecins, il est nécessaire de passer en revue le problème du manque

⁸⁸ Toute ma gratitude va à :

- Khelil Grouz, représentant des étudiants à la faculté de médecine de Tunis 2020-2021, étudiant en deuxième année de troisième cycle ;
- Slim Barouni, médecin résident en médecine biochimique à l'hôpital Béchir Hamza à Tunis, première année du troisième cycle des études médicales ;
- Emna Hriz médecin interne à l'hôpital universitaire de Sfax, 4^{ème} année du deuxième cycle des études médicales ;
- Malek Ketat, médecin assistant en médecine et psychothérapie en Suisse, fondateur et directeur de projets de l'Association Carthage de la santé pour leur collaboration, leur disponibilité, leur temps et les informations qu'ils ont pu nous réserver.

Je remercie également les docteurs Brahim Ben Slama et Hana Daami qui ont mis à notre disposition une copie électronique de leurs thèses de doctorat.

flagrant de statistiques relatives à ce phénomène comme c'est d'ailleurs le cas, malheureusement, pour tous les autres phénomènes sociaux. Il semble même que cette politique de l'absence de statistiques à tous les niveaux est soit bien étudiée et volontaire de la part de l'Etat et de ses institutions, soit le résultat de sa totale impuissance de mettre au point une politique statistique et quantitative officielle. Dans les deux cas, le problème est profond.

Dans une étude publiée en 2019 sur « l'exode des cerveaux et la perte des compétences : les risques, les opportunités et les possibilités », l'Institut Tunisien des Etudes Stratégiques reconnaît l'inexistence de données statistiques sur l'immigration individuelle non institutionnalisée des médecins, c'est-à-dire celle qui se fait en dehors du cadre institutionnel par le biais par exemple de l'Agence de Coopération Technique⁸⁹.

En l'absence d'une stratégie statistique institutionnelle dans tous les secteurs, les chiffres demeurent un obstacle pour mettre en place des politiques publiques efficaces et crédibles, ayant un effet positif et applicable en Tunisie.

Dans le cadre de notre analyse, et pour dépasser cette problématique charnière, et comme nous l'avons déjà souligné ci-dessus dans notre introduction méthodologique, nous avons pu quantifier des données crédibles, malgré leur rareté, en nous appuyant sur des thèses de doctorat sur les intentions d'immigration ainsi que des recherches, des études et des articles sur le nombre des jeunes médecins qui ont émigré. Nous avons surtout quantifié les informations qualitatives qui nous ont été fournies par les jeunes médecins et les diplômés tirés de leur vécu, leur parcours et leur réalité à travers l'observation de la participation/cohabitation et l'observation quantitative par le biais de rencontres et d'interviews semi-orientées, réalisées récemment.

A titre d'exemple, 80% des médecins que nous avons interrogés, ont exprimé que leur souhait et leur intention d'émigration dépasse les 90%, et que plus de 80% de leurs collègues, hommes ou femmes, souhaitent soit poursuivre leurs études en Europe, ou émigrer pour le travail et s'y installer de manière définitive.

Dans sa thèse en médecine soutenue à la faculté de médecine de Monastir intitulée « les projets d'émigration chez les jeunes médecins anesthésistes en

⁸⁹ Hfaeidh Abdelwaheb, Saidani Ida, Mathlouthi Mohamed, « l'exode des cerveaux et la perte des compétences : les risques, les opportunités et les possibilités », Institut Tunisien des Etudes Stratégiques, Tunis, 2019.

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 définitive⁹⁰.

Quant à Brahim Ben Slama, qui a soutenu une thèse de doctorat à la faculté de médecine de Tunis intitulée « les intentions d'émigration des jeunes médecins de famille : Etat des lieux et motifs », près de 70% des médecins interrogés ont exprimé leur intention d'aller travailler à l'étranger, alors que 27% ont souligné qu'ils n'avaient pas encore pris de décision⁹¹.

1. Le médecin, le politicien et la société : les trois paradigmes

Dans un préambule idéal sur les rapports entre le politicien et le médecin, entre le médecin et la politique ou le pouvoir politique, nous nous référons à ce qu'a écrit en Allemagne dans les années 60 du siècle dernier Konrad Adenauer « il est difficile de faire adopter une loi contre 70 mille médecins qui prennent en charge 30 patients par jour »⁹².

Il s'agit là d'une description précise de la place du médecin lors de cette période historique, celle de l'après deuxième guerre mondiale en Europe, et comment les médecins sont capables de modeler l'opinion publique électorale et son orientation en fonction de leur proximité avec le citoyen et la symbolique de cette relation.

Dans le siècle actuel, caractérisé par l'entrée dans l'ère de la production massive et du consommateur unique comme décrit par Herbert Marcuse, ainsi que par la démocratisation de l'enseignement et l'évolution du système de la sécurité sociale et de l'assurance maladie, les médecins ont beaucoup perdu de leur aura et

⁹⁰ Daami, Hana, les projets d'émigration chez les jeunes médecins anesthésistes en Tunisie : Prévalence, destination et causes, Université de Monastir, 2020.

⁹¹ Ben Slama, Ibrahim, les intentions d'émigration des jeunes médecins de famille : Etat des lieux et motifs, Université Tunis El Manar, 2020.

⁹² Pouvoir politique des médecins : influence réelle ou tour de passe-passe ? », WHAT'S UP DOC, entretien avec Frédéric Pierru, sociologue spécialiste des professions de santé, mise en ligne le 04/01/2017, URL : <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/pouvoir-politique-des-medecins-influence-reelle-ou-tour-de-passe-passe-0>

de cette magie d'influencer les individus et les collectivités similaires, par rapport à celle des religieux ou des hommes politiques. Mais, ils sont demeurés politiquement et économiquement puissants, à des niveaux d'intervention différents⁹³.

Dans le contexte tunisien, et pour disséquer la relation entre le pouvoir du médecin et le pouvoir du gouvernant/politique, on peut évoquer deux expériences différentes au niveau du contexte et du régime politique, mais elles se ressemblent quant à leur contenu. La première expérience est celle des années 70 du siècle dernier lorsque Hédi Nouira a essayé d'introduire des réformes fiscales pour améliorer la capacité de contrôle des revenus des médecins, mais les lobbys ont fait avorter dans l'œuf les tentatives du ministre⁹⁴.

La deuxième expérience s'est produite après la révolution, la montée de « Nidaa Tounès » et l'investiture de Youssef Chahed en tant que chef de gouvernement lorsque ce dernier a essayé de refaire la même chose. Cependant, il a échoué d'imposer un système de contrôle fiscal plus précis et plus audacieux sur les médecins après le déclenchement d'un mouvement de leur part et de leur machine à tous les niveaux, et leur alliance socio-corporatiste avec d'autres corporations (les avocats par exemple) contre cette réforme.

Il est important ici de mettre en évidence la relation du médecin avec la politique en Tunisie et l'intersection de deux champs sociaux imbriqués, compliqués et complexes.

En effet, et depuis « Saddam Hamza », médecin tunisien et grand scientifique ; en passant par Habib Thameur, Mahmoud Materi, Ahmed Ben Miled, Slimane Ben Slimane et Said Mestiri, symboles des médecins ayant lutté contre le colonialisme et précurseurs de la médecine tunisienne, et en arrivant aux médecins syndicalistes, militants et opposants sous l'Etat de l'Indépendance à l'instar de Hachemi Ayari et Slimane Ben Slimane et autres ; a dit « ce qui ne dépasse en rien la médecine, est superflu pour la médecine... »⁹⁵.

⁹³ Abdelati Radhia, « Des médecins politiciens : la Tunisie est encore malade », site « El Arabi El Jadid », 2016, adresse électronique :

<https://www.alaraby.co.uk/%D8%A3%D8%B7%D8%A8%D8%A7%D8%A1-%D8%B3%D9%8A%D8%A7%D8%B3%D9%8A%D9%91%D9%88%D9%86-%D8%AA%D9%88%D9%86%D8%B3-%D9%85%D8%A7-%D8%B2%D8%A7%D9%84%D8%AA-%D9%85%D8%B1%D9%8A%D8%B6%D8%A9>

⁹⁴ Ibid

⁹⁵ Ibid

Le « Cartel » professionnel et académique⁹⁶

Le marché sanitaire/médical était monopolisé avant la révolution par une minorité, un oligopole, provenant de groupes formés par les enseignants universitaires et les médecins spécialistes qui ont accumulé, quantitativement et qualitativement, un capital symbolique provenant de la légitimité conquise par des années d'enseignement, de formation, de pratique professionnelle, d'héritage culturel et d'accumulation de liens occasionnels et secondaires. Il a surtout monopolisé tout ce qui se rapporte à la production de la décision politique pour tout ce qui concerne la santé ainsi que le marché sanitaire en tant que marché économique.

Après la révolution, ce monopole minoritaire s'est transformé, avec le changement intervenu dans la composition des relations entre le pouvoir et les lobbys économiques en faveur des seconds, en un « Cartel » c'est-à-dire avec des quotas fondés sur un consensus sur le marché des recherches entre des groupes changeants des sphères d'influence par le biais d'un accord coutumier entre une minorité enseignants/médecins/propriétaires de secteurs de services, de commerce et d'industrie dans tout ce qui est médical. Cet accord s'établit soit à titre individuel ou en groupes⁹⁷.

Les jeunes médecins ne sont pas intégrés ou absorbés par ces lobbys ou ces groupes monopolistiques. Cette situation est fondée dans son essence sur la prolongation de leur exploitation.

A l'instar de tout monopole, il a besoin de lois, de décrets, de règlements et de procédures qui codifient et légitiment la domination et la permanence du contrôle et de l'influence. C'est ce qui apparaît clairement à travers les quatre décrets publiés, avant 2011 et en l'espace de dix années, et relatifs à l'organisation des études médicales en Tunisie⁹⁸.

⁹⁶ On veut dire par « Cartel » une union monopolistique non organisée de producteurs.

⁹⁷ Jaballah, Sofien, "After effects of the revolution : The Academic Deficit or how the Tunisian Academia Dealt Sociologically with the post-2011 Jihadist Phenomenon", papier de recherche publié en 2018, traduit en anglais par Nabil CHERNI en 2020, ouvrage collectif dirigé par Mouldi Gassoumi et Ounaina Hamdi, Éditions Rosa Luxembourg et Mohamed Ali El Hammi, Tunis, 2021.

⁹⁸ Decepticus, Médecine en Tunisie : Les retombées kafkaïennes du décret 2019-341, nawaat.org, 2020, URL: <https://nawaat.org/2020/12/01/medecine-en-tunisie-les-retombees-kafkaiennes-du-decret-2019-341/>

Trois années avant la révolution, le décret n° 487 de 2008⁹⁹ a ajouté une année d'enseignement aux deux années de la médecine interne afin de mieux préparer et former ceux qui ne réussissent pas au concours de résidanat pour pratiquer la médecine générale¹⁰⁰.

Juste avant la révolution, en 2010, le décret n°1586 s'est rétracté tactiquement, et a fait un pas en arrière dans la stratégie de l'organisation des études médicales en transformant cette année supplémentaire en une année optionnel pour ceux qui sont intéressés par la médecine générale après des pressions de différentes parties¹⁰¹.

Après la révolution, et dans la précipitation, le décret n°4132 de 2011¹⁰² est venu mettre fin à la formation des médecins généralistes et l'a substitué par ce qu'il a appelé « l'habilitation de l'exercice de la médecine de famille » après l'accomplissement de deux années en troisième cycle conformément aux normes internationales¹⁰³.

Nous arrivons enfin au décret n°341 de 2019¹⁰⁴, objet de polémique, y compris parmi les jeunes médecins, et qui a essayé de rapprocher les études médicales en Tunisie des études médicales dans le monde occidental, et cela conformément à la loi n°38 de 2017^{105, 106}.

Ce décret a institué un diplôme académique à la fin de chaque cycle des études médicales et a rendu la spécialité comme surpassant ce qui est généraliste le réduisant à une description des spécialités scientifiques enseignées dans le troisième cycle des études de médecine. L'auteur poursuit dans son article que ce décret a des

⁹⁹ Décret n° 2008-487 du 18 février 2008, modifiant et complétant le décret n° 95-2601 du 25 décembre 1995, fixant le cadre général du régime des études et les conditions d'obtention du diplôme national de docteur en médecine, JORT n°17 du 26 février 2008, p.812

¹⁰⁰ Decepticus, Médecine en Tunisie, op.cit.

¹⁰¹ Décret n° 2010-1586 du 29 juin 2010, modifiant et complétant le décret n° 95-2601 du 25 décembre 1995, fixant le cadre général du régime des études et les conditions d'obtention du diplôme national de docteur en médecine, JORT n°53 du 2 juillet 2010, pp.1821-1822

¹⁰² Décret n° 2011-4132 du 17 novembre 2011, fixant le cadre général du régime des études médicales habilitant à l'exercice de la médecine de famille et à la spécialisation en médecine, JORT n°90 du 25 novembre 2011, pp.2702-2707.

¹⁰³ Decepticus, Médecine en Tunisie, op.cit.

¹⁰⁴ Décret gouvernemental n° 2019-341 du 10 avril 2019, fixant le cadre général du régime des études et les conditions d'obtention des diplômes des études médicales, JORT n°30 du 12 avril 2019, pp.992-998

¹⁰⁵ Loi 2017-38 du 2 mai 2017, portant modification de la loi n° 2008-19 du 25 février 2008, relative à l'enseignement supérieur, JORT n°37 du 9 mai 2017, p.1688

¹⁰⁶ Decepticus, Médecine en Tunisie, op.cit.

effets et des conséquences sur l'ensemble des composantes du secteur de la santé, médical et universitaire, et surtout sur les étudiants en médecine et les jeunes médecins¹⁰⁷. Selon cette même vision, ce décret a rendu leur situation encore plus complexe. En effet, il n'y a ni horizon ni programme pour les étudiants en médecine qui ont atteint le deuxième cycle mais qui ont échoué en troisième cycle ou qui ne souhaitent pas carrément y poursuivre leurs études. Il n'existe plus pour ces étudiants qu'une seule solution qui consiste dans le changement de spécialité, et cela quelle que soit la raison. Ils sont placés dans l'obligation de repasser l'examen d'entrée en troisième cycle, ou bien, attendre de mener à terme leurs études de spécialité avant de refaire le même examen d'entrée¹⁰⁸.

Pour revenir à la question du doctorat, le même décret a conservé la soutenance de la thèse de doctorat mais le diplôme qui est délivré suite à la réussite n'est plus nécessaire ni suffisant pour l'exercice de la profession de manière indépendante. Ainsi, l'auteur de l'article relève « les effets kafkaïens du décret n°341 paru en 2019 », et que les trois mots-clés du parcours et du processus des études médicales : spécialiste, doctorat et docteur en médecine ne possèdent plus les mêmes implications ou les mêmes significations véhiculées avant l'adoption de ce décret¹⁰⁹.

Dans sa nouvelle version, la thèse de doctorat n'a plus aucun avantage et a perdu tout intérêt. Selon ce diagnostic, les titulaires d'une thèse de doctorat en médecine n'ont plus le droit d'exercer la profession de médecin sauf sous la tutelle et le contrôle jusqu'à l'obtention d'un diplôme de spécialité. De même, ils ne peuvent exercer en tant que remplaçants dans le secteur privé dans la mesure où l'Ordre des Médecins est impuissant à les inscrire à son tableau sur la seule présentation de leur doctorat, et à propos de ce dernier point en particulier, à la nécessité de la tutelle¹¹⁰ ou sa négation.

Dans nos rencontres avec trois jeunes médecins appartenant à des catégories d'âge différentes, de niveau universitaire différencié et à diverses universités en Tunisie¹¹¹, ils ont considéré, contrairement à cette approche, que cette procédure est réaliste et acceptable. Elle est même scientifiquement et professionnellement obligatoire dans la mesure où on ne peut pas considérer un

¹⁰⁷ Ibid

¹⁰⁸ Ibid

¹⁰⁹ Ibid

¹¹⁰ Ibid

¹¹¹ Ibid

diplômé détenteur seulement d'une thèse de doctorat comme apte à exercer la médecine sans suivi ou contrôle jusqu'à l'accumulation d'une expérience et l'obtention d'un diplôme de spécialité.

En revenant au même avis précédent, et en synthétisant de manière descriptive, l'auteur de l'article a ajouté que le sort des médecins de famille est opaque et ambigu dans la mesure où ils sont ignorés par les statuts généraux des médecins de la santé publique ou des médecins hospitalo-universitaires¹¹².

2. Les jeunes médecins, ceux qui les dominent dans le champ médical : comment et pourquoi ?

Si le médecin qui a accumulé, à travers l'expérience et l'âge, un capital financier, symbolique, économique, social, culturel et relationnel important, et 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 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 devenir¹¹³, un temps social qui précède l'âge de la stabilité et de la maturité¹¹⁴. Dans une autre approche, il s'agit d'un champ social fragile¹¹⁵, 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 en médecine entre la faculté et l'hôpital est réellement un projet de médecin soumis au sein de l'université et de l'hôpital, en tant qu'espace où s'entremêlent deux champs sociaux : le champ médical et le champ universitaire, à une échelle hiérarchique où l'étudiant en médecine interne jusqu'au résident est exposé à diverses formes d'autorité et de hiérarchie. Il est soumis à une domination. C'est ce qui nous a été démontré par l'un des jeunes médecins qui l'explique par

¹¹² Ibid

¹¹³ Zarifian Philippe, *La sociologie du devenir : Eléments d'une sociologie générale*, L'Harmattan, Paris, 2012.

¹¹⁴ Galland, Olivier. *Sociologie de la jeunesse*, Armand Colin, 2017

¹¹⁵ René, Jean-François, « La jeunesse en mutation : d'un temps social à un espace social précaire », *Sociologie et sociétés*, vol. 25, n° 1, 1993, p. 153-171.

l'influence de l'orientation francophone de la politique dans la conception professionnelle et universitaire de la médecine en Tunisie, au contraire du modèle anglo-saxon plus souple, plus fluide et pragmatique¹¹⁶. Le même jeune médecin évoque la souffrance de l'étudiant en médecine dans un hôpital universitaire dans un contexte « empoisonné », pollué par une tendance à l'hégémonie et à l'arrogance au sein d'un système qui permet au supérieur de réprimer, de maltraiter ou d'ignorer le novice ou celui ayant accumulé moins de capital culturel médical (le parcours universitaire, le diplôme, etc.).

Cette situation n'est guère différente de celle du jeune tunisien d'une manière générale. D'un côté, le jeune vit une dichotomie entre ses ambitions et la réalité qui apparaît dans son miroir, ce que la vie de consommation et de la globalisation peuvent refléter dans les horizons, les rêves, les ambitions ou les souhaits, avec une réalité déterminée par tout ce qui est de classe, élitiste et objectif. D'un autre côté, l'arrivée tardive à l'âge de la maturité à cause de la prolongation du parcours universitaire est due à la perte du diplôme scientifique de sa magie précédente, qui le rendait équivalent à un travail à durée indéterminée, et à l'entrée dans une réalité économique qui se caractérise par la précarité du travail, le retard de l'âge du mariage voire à la stabilité avec ses différentes dimensions culturelle, sociale et psychologique.

Dans cette réalité, nous ne pouvons plus parler de jeunes majeurs mais, plus précisément, comme l'a décrit Tony Anatrella dans une approche psychologique, conceptuelle et linguistique « ni adolescents, ni adultes : mais plutôt des adolescents », c'est-à-dire ceux qui restent dans un isthme entre deux étapes : ni adolescents, ni adultes ; et qu'on ne peut pas considérer qu'ils ont atteint la majorité, ni qu'ils ont définitivement quitté l'âge de l'adolescence¹¹⁷.

Dans le cas des jeunes médecins en Tunisie, cette situation est plus aggravée. Du côté du mérite, le jeune médecin se retrouve, après avoir réussi les différentes étapes de sa scolarité puis au baccalauréat, et après tous les efforts consentis par sa famille et son environnement pour lui fournir une éducation qui lui permette d'accumuler un solide capital culturel à même d'assurer sa réussite, sujet à un

¹¹⁶ Interview semi-orientée avec un jeune médecin

¹¹⁷ Anatrella Tony, « Les « adulescents » », *Études*, 2003/7-8 (Tome 399), p. 37-47. DOI : 10.3917/etu.991.0037. URL : <https://www.cairn.info/revue-etudes-2003-7-page-37.htm>

chômage unique dans son genre, vivant les affres de la stabilité professionnelle, économique et psychologique souhaitée.

D'un autre côté, et contrairement à la perception collective et de la majorité de l'opinion publique, les jeunes médecins, de par leur appartenance de classe, ne sont pas les fils ou les filles de médecins ou descendants de la classe bourgeoise. Dans sa thèse de doctorat, Hana Daami a démontré tout le contraire puisqu'ils sont issus de familles habitant des zones urbaines dans la proportion de 92%, avec 76% ayant des pères ayant un niveau universitaire, 66% de mères ayant un niveau universitaire, plus de 84% n'étant pas des enfants de médecins, et principalement, 75% appartiennent à la classe moyenne.

Dans sa thèse de doctorat, Brahim Ben Slama souligne que 58% des interrogés proviennent de la classe moyenne.

Dans ce sens, et si on s'appuie sur la théorie de Pierre Bourdieu sur l'institution de l'école en tant qu'espace pour la réalisation de l'inégalité des chances et, par conséquent, la reproduction et la pérennité des mêmes relations de domination¹¹⁸, cela peut expliquer ces pourcentages. A travers ces échantillons, et comme affirmée par la majorité des jeunes médecins interrogés et indépendamment de leurs itinéraires sociaux, ces taux s'expliquent par l'appartenance à la classe moyenne. En effet, les couches socio-professionnelles éduquées ayant accumulées un fort capital culturel (surtout les instituteurs et les professeurs) et la classe moyenne supérieure (les avocats et les professeurs universitaires) ainsi que les enfants des médecins hospitalo-universitaires (un héritage culturel), assurent une formation, une éducation et un encadrement qualitatif à leurs enfants sur le plan éducationnel et pédagogique grâce à leurs acquis en matière d'expérience, de formation et d'éducation (le capital culturel). Or si l'ascension sociale a touché les parents, il n'en est pas de même pour leurs enfants, ceux appartenant aux classes moyennes ou pauvres dont les familles n'ont pas de relations avec le capital culturel qualitatif pour leur permettre de passer sauf dans des cas exceptionnels pour les « transclasses »¹¹⁹. De même, les familles des enfants issus des classes riches ne voient pas dans les études médicales un investissement rentable, elles qui ont l'intention de léguer des immeubles, des usines, des sociétés ou des entreprises à

¹¹⁸ Jourdain Anne, Naulin Sidonie, « Héritage et transmission dans la sociologie de Pierre Bourdieu », *Idées économiques et sociales*, 2011/4 (N° 166), p.6-14, DOI: 10.3917/idee.166.0006.
URL : <https://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2011-4-page-6.htm>

¹¹⁹ Jaquet, Chantal, *Les transclasses ou la non-reproduction*, Presses Universitaires de France, 2014

leurs héritiers, sauf dans les cas où ces familles appartiennent à la bourgeoisie médicale.

Ainsi, il semble que le jeune médecin soit sanctionné par l'échec malgré sa réussite ou bien c'est comme si le système social en place bloque l'ascension sociale (et même électrique dans le cas du docteur Badreddine Aloui)¹²⁰ en stigmatisant et en écartant le jeune médecin au lieu de le faire bénéficier de ses droits et de lui octroyer ses droits économiques et sociaux que même le militantisme ne semble pas permettre d'arracher !!!

3. Les études médicales et le militantisme syndical où le collier perdu de la Colombe

Selon toutes les interviews semi-orientées avec les jeunes médecins, les observations quantitatives, et en s'appuyant sur la majorité des lectures disponibles malgré leur rareté, il existe une analogie que l'on peut tirer et déduire entre se consacrer à plein temps aux études et figurer parmi les meilleurs tout en maîtrisant son destin professionnel et académique en médecine. Dans le cas où tu consacres du temps à ta vie privée, aux loisirs ou pour faire tout autre chose que rentrer dans un processus d'isolement, d'extrémisme, d'efforts voire d'épuisement dans la révision ou les études, tu risques des conséquences automatiques et inévitables sur tes résultats académiques. Comment un jeune médecin peut-il concilier entre son parcours académique et le militantisme syndical pour améliorer sa situation, et celle de ses collègues et de sa société ?

Comme nous l'ont souligné les médecins interrogés, il faut choisir : la réussite académique et tout ce que cela nécessite de sacrifices à tous les niveaux, ou bien la vie dans son mode classique comme elle est vécue par la plupart des jeunes et des étudiants de la même génération et du même âge, mais qui ont suivi d'autres disciplines. Ce sont là deux lignes parallèles qui ne se rejoignent jamais comme si étudier la médecine est une mort temporaire ou un état comateux dont on ne sort que plus tard, c'est-à-dire qu'on ressuscite après un accouchement difficile et l'obtention du diplôme.

¹²⁰ Jeune médecin décédé à l'hôpital de Jendouba suite à la chute de l'ascenseur

Pour simplifier et diagnostiquer scientifiquement ce dilemme, nous proposons de le démontrer par le modèle de la fonction mathématique fondée sur la dépendance inverse comme nous le montrons dans le tableau suivant :

La dialectique du militantisme syndical et des études à plein temps	(+) Le militantisme syndical et toutes les activités qui empêchent le plein temps et le pragmatisme dans les études	(-) Le militantisme syndical et toutes les activités qui empêchent le plein temps et le pragmatisme dans les études
La réussite dans les études et les concours	↘	↗

D'un autre côté, le travail syndical en soi, et d'un point de vue sociologique, est minoritaire, avec une majorité démissionnaire du militantisme, qui obtient les retombées positives du militantisme des individus ou des groupes ou des organisations d'action collective, et qui s'étendent à eux, tout en demeurant en sécurité par rapport au préjudice que l'on peut subir (poursuites judiciaires, radiation, et surtout ne pas se consacrer exclusivement à ses études)¹²¹.

L'observateur des différentes formes de l'action collective réalisée par l'Organisation des jeunes médecins depuis la révolution, et malgré la mobilisation des étudiants concernés et de leurs supporters, n'a pas été d'un côté, et d'un point de vue quantitatif ou qualitatif, et du point de vue de son résultat, capable de provoquer un changement radical ou de renverser l'équation contre le « Cartel » académique/professionnel et l'autorité en sa faveur. D'un autre côté, les syndicalistes et les acteurs actifs demeurent minoritaires dans les rangs de la population des étudiants en médecine.

A côté de la fonction mathématique expliquée ci-dessus, nous présentons une explication liée à la logique de l'action collective en soi. Selon l'approche de « la perspective de cadrage » de David Snow, les conditions objectives (économiques et sociales) de « l'iniquité » d'une situation déterminée ne suffit pas pour mobiliser les

¹²¹ Jaballah Sofière, « je ne pardonne pas, qu'est-ce que vous attendez, basta », approche sociologique des campagnes des jeunes en Tunisie, in la Sociologie de l'action collective en Tunisie, Forum Tunisien des droits économiques et sociaux, Tunis, 2019.

groupes en vue d'une action collective contre elle¹²². Pour réussir le passage qualitatif d'une situation « prête à être déclenchée » à un « moteur », ou de la situation de celui qui est « prêt à adhérer » à un « adhérent », les individus concernés par le déclenchement de l'action collective doivent s'accorder et s'unir essentiellement sur trois principaux déterminants qui sont :

- a- L'existence d'un problème et la détermination de ceux qui en sont responsables : le « Cartel » médical/professionnel et l'autorité.
- b- Définir les mécanismes et les moyens nécessaires et efficaces pour l'action, et affronter la partie qui est la cause ou représente le problème : les formes de l'action collective à caractère syndical : manifestations, grèves, sit-in, négociations, apparitions médiatiques, etc.
- c- La foi et la croyance dans l'action et sa nécessité, et dans la possibilité du changement et de l'attente : entre l'espoir et le découragement, les syndicalistes ainsi que la majorité des jeunes médecins s'efforcent de préserver un peu de leur capacité de résistance.

Dans le cas des jeunes médecins, les trois principaux déterminants sont réunis mais il existe un déséquilibre fondamental et capital dans le second déterminant (les mécanismes de lutte) ainsi qu'au troisième (la volonté psychologique, la possibilité de la poursuite de la lutte et la résistance). Cela est dû à la nature du parcours académique/professionnel, la nature de la discipline et la réalité du champ médical en tant que champ dominé par certains groupes qui monopolisent d'un côté tous les capitaux (économiques, culturels, sociaux, relationnels ou symboliques), et d'un autre côté, monopolisent le gain et la distribution des pertes sur les dominés que sont les jeunes médecins. De plus, l'un des facteurs les plus importants du déséquilibre reste la nature de l'action syndicale dans le champ militant en général et dans le champ étudiant en particulier. (Il n'y a aucune comparaison entre les capacités de sensibilisation, de mobilisation et de lutte entre une organisation regroupant les jeunes médecins eu sein de l'Organisation Tunisienne des Jeunes Médecins, et une organisation regroupant les médecins diplômés et des fonctionnaires permanents comme l'Union Générale des Travailleurs Tunisiens, d'autres syndicats ou des organisations patronales).

Sur un autre plan, la conscience de la manière dont fonctionne le système de la discrimination sous ses diverses formes n'est pas la chose la mieux répandue parmi les individus. Car l'éducation personnelle, qui est la somme des expériences

¹²² Ibid

existentielles permettant de sculpter les opinions critiques et les parcours qui participent à la réalisation de soi par rapport à la majorité de la société soumise aux critères dominants, demeure rare¹²³. On peut citer ici l'analyse d'« Olson » sur l'absence d'engagement dans l'action collective des personnes directement concernées (comme la protestation sur la réalité de la précarité sociale, économique et professionnelle des jeunes médecins) qu'il explique par le calcul du taux de gain par rapport au préjudice qui pourrait survenir de leur participation à la protestation ou bien de leur engagement dans toute activité non rentable sur le plan académique. C'est comme si la protestation peut suffire à partir du moment que si certains le font, elle n'est plus obligatoire pour les autres¹²⁴. Si le jeune étudiant en médecine était certain de tirer profit des luttes politiquement organisées de la minorité militante (dans son conflit contre le « Cartel » académique et professionnel qui monopolise le passé, le présent et le futur du secteur) ; et si l'action collective réussit sans sa participation le laissant ainsi à l'abri du conflit avec ce pouvoir dominant qui exploite la majorité de ses efforts et de son plein-temps académique, il sait, que dans tous les cas, il en tirera profit et évitera la défaite. Une réponse individualiste attend donc les autres, ceux qui s'engageront dans l'action collective, partageant avec eux les gains et garantissant sa propre sécurité de tout préjudice¹²⁵.

D'une manière générale, si cet individu, victime de cette réalité et devant une lutte menée à sa place par des minorités organisées ou individuellement, n'est pas être porteur d'une expérience de conscientisation politique qui représente un cadre analytique pour sa propre réalité (comme c'est le cas pour les adhérents aux partis, les activistes de la société civile ou les héritiers d'un acquis militant familial), il ne s'engagera pas dans la lutte pour ses droits individuels, économiques et sociaux. Car, il fait une opération de calcul de l'effort qu'il va fournir en contrepartie du gain, que l'on obtiendra en cas de victoire avec ou sans lui, évitant ainsi de perdre ses efforts ou de subir un dommage dans ce conflit avec le pouvoir¹²⁶.

Pour résumer tout cela, nous avançons l'hypothèse suivante que nous imaginons en tant qu'auteur ou lecteur : et si tous les jeunes médecins sans exception entrent en grève des études et des stages d'une manière radicale et sans retour pour une longue période dans le temps ? Cette question précède la réponse

¹²³ Ibid

¹²⁴ Jaballah Sofière, les raisins de la colère, Association Nachaz, publication des mots-passants, pp. 145-153

¹²⁵ Ibid

¹²⁶ Ibid

ou se substitue à elle : Est-ce que cela est possible ? Il est évident que la réponse est négative. D'un côté, il y a les raisons ayant un lien avec le Code de déontologie, leurs obligations et le serment médical, et surtout les raisons objectives et matérielles. D'un autre côté, il y a des raisons subjectives et psychologiques, ce qui est individuel et collectif, et tout ce qui est complexe dans la nature des relations sociales entre les individus et les groupes.

4. Immigration, migration forcée ou systématique ?

« La médecine de guerre que nous allons mener, avant, pendant et après la pandémie de la Covid-19, et vu notre solide formation académique dans un contexte difficile et une infrastructure sanitaire précaire, fait de nous une main d'œuvre médicale demandée sur le plan mondial... »

C'est l'explication qui nous a été fournie par l'un des jeunes médecins que l'on a interrogé sur le marché mondial des migrations entre l'offre et la demande. L'Etat et le système du monopole médical et professionnel, consciemment ou inconsciemment, contribuent à la fabrication de la demande et son offre sur le marché mondial qui sera attiré par une main d'œuvre bien formée, avec une expérience qui la rend apte à une meilleure rentabilité si elle est mise dans de meilleures conditions. Il s'agit aussi de brillants étudiants et chercheurs capables de poursuivre des études avancées et surtout une main d'œuvre médicale qui sera utilisée dans des contextes et des cadres déterminés avec des salaires plus réduits (même de façon provisoire en attendant l'équivalence des diplômes). Mais, il s'agit surtout d'une force productive formée à des coûts faramineux par une société pauvre qu'elle présente par la suite gratuitement à une société riche. Si on évoque et décrit l'immigration des jeunes médecins vers l'Europe ou les pays du Golfe par exemple, il ne s'agit pas d'une simple immigration vers l'Allemagne ou une émigration par rapport à la Tunisie, mais d'une « Hajja », (c'est-à-dire un départ définitif pour les interrogés), une migration forcée, une sorte de « transmigration » systématique. S'il est possible que l'on ne voulait pas de cette migration, elle reste le résultat d'une exploitation excessive, qui nie tous les cerveaux, les compétences et les énergies qui partent loin, à la recherche d'une réalité meilleure.

En fait, il s'agit de la recherche d'un projet dans un milieu commandé par des textes illégaux et dénués de toute légitimité. Ce qui pousse davantage à la migration est la faible volonté de mener une lutte syndicale ou de montrer ses capacités de

résilience en Tunisie, alors que la délivrance se trouve au loin. C'est comme si le jeune médecin dit « je ne suis pas le Christ pour me sacrifier pour vous ».

Dans cette situation, on peut remarquer que le « Cartel » de l'exploitation économique et sociale des médecins et de la santé des citoyens est pris à son propre piège avec la faille créée dans le système de l'apartheid sanitaire et professionnel qu'il a lui-même mis en place. En effet, en exploitant les médecins et en détruisant l'infrastructure sanitaire, il les a transformés en des médecins de guerre compétents et très demandés sur le marché extérieur. Il les a également poussés à accéder à ce marché, insouciants de ce qu'ils ont vécu, ce qu'ils vivent et ce qu'ils connaîtront d'iniquité et d'injustices. Ainsi, le « Cartel », ou pour ne pas nous répéter, ces mafias et ces lobbys monopolistiques imbriqués les uns les autres, se retrouve sans médecins à exploiter. C'est dans ce contexte que des rumeurs dans les coulisses font état de la préparation d'un projet de loi d'urgence sanitaire qui interdirait aux jeunes médecins et à d'autres couches et spécialités socio-professionnelles de migrer. Et c'est ainsi que le pouvoir politique en place scellera sa stratégie illégale, illégitime, inconstitutionnelle et inhumaine, transformant la médecine de guerre en une guerre contre la médecine, le jeune médecin et la santé publique. C'est une oligarchie médicale qui mène cette guerre, une guerre d'usure qui va nier l'armée blanche et la changer, en ce qu'on appelle, une armée mexicaine : c'est-à-dire une armée de généraux sans soldats.

Pour cerner de manière systématique cette réalité complexe, nous nous référons de nouveau au modèle de la fonction mathématique fondée sur la dépendance inverse que l'on présente dans le tableau suivant :

	(+)	(-)
	↗	↘

En conclusion, le parcours académique et professionnel des jeunes médecins en Tunisie est long et complexe, au cours duquel ils connaissent l'aliénation qui devient en Europe de la solitude, et plus précisément, comme l'indique Abdelmalek Sayad¹²⁷, « une double absence », vivant le déracinement ici, avec des racines qui ne parviennent pas à pousser. Il s'agit d'une dialectique étrange et étouffante qui nous pousse vers l'objectivité dans l'analyse mais sans prétendre à la neutralité dans la réflexion à voix haute pour conclure à l'injustice de cette situation et de son danger, non seulement sur les jeunes médecins mais sur la santé publique et les droits économiques et sociaux, et la vie de toute une société dans son ensemble.

¹²⁷ Sayad Abdelmalek, La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré, Paris, Le Seuil, coll. "Liber", 1999 », Politix, vol. 49, no. 1, 2000, pp. 163-169.

Troisième Chapitre

Les figures de la vulnérabilité

Transition sanitaire et droits des femmes à la santé : leçons d'une pandémie

Habiba Ben Romdhane

Introduction

Le premier mars 2020, le premier cas d'infection provoquée par le SARS - CoV-2, baptisé Covid-19, a été déclaré en Tunisie. Dix jours après, cette infection a été officiellement qualifiée de pandémie par le Directeur Général de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) . Depuis, elle a été traitée à travers les approches classiques des maladies transmissibles à grand potentiel de dissémination. L'OMS a incité et appuyé les Etats membres pour mettre en œuvre des plans de riposte et de résilience ; mais ces mesures « traditionnelles » de lutte contre les épidémies n'ont pas pu endiguer son évolution. Il a fallu déployer des mesures beaucoup plus radicales, comme le couvre-feu, le confinement, la fermeture des frontières et l'interdiction des déplacements à l'intérieur d'un même pays. La Pandémie Covid-19 est bien davantage qu'une urgence sanitaire ; c'est une crise systémique inédite qui a ralenti toutes les activités économiques et sociales ; aucun autre agent pathogène n'a autant interféré que le SARS-CoV-2, agent de la pandémie, avec les autres problèmes sanitaires et sociaux que connaissent aussi bien les pays riches que les pays pauvres, à savoir les maladies non transmissibles et les inégalités sociales dans l'accès aux soins.

Cette pandémie est désormais qualifiée de « Syndémie », comme un entrelacement de problèmes de santé qui se renforcent mutuellement les uns les autres. C'est là un changement épistémologique majeur par rapport à la démarche aujourd'hui en cours dans le monde¹²⁸.

Plus généralement, une approche centrée sur un aspect d'un problème, est forcément une perspective unidimensionnelle ; elle ignore les autres dimensions qui déterminent la réponse du système global de santé aux différentes tensions

¹²⁸ Horton R. www.thelancet.com Vol 396 September 26, 2020

auxquelles il est soumis. En combinant changements épidémiologiques et changements systémiques, sociétaux, institutionnels et individuels, la démarche «syndémique» devient le concept à partir duquel s'analysent les capacités des systèmes de santé à s'adapter à l'évolution de la situation épidémiologique et aux problèmes émergents, ainsi que sa résilience face aux tensions provoquées par les exigences d'efficacité et d'équité.

Dans cette pandémie Covid-19, 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 ont été exposées à des risques liés à leurs conditions de vie. Aux Etats-Unis d'Amérique, afin d'identifier les populations les plus vulnérables à l'impact social et économique d'une catastrophe majeure et d'épidémies graves, le Center of Communicable Disease (CDC) a développé un indicateur composite « Social Vulnerability Index » (SVI)¹²⁹. Ces indicateurs intègrent 15 facteurs socioéconomiques et démographiques, dont le niveau de pauvreté, le taux de chômage, la proportion de logements surpeuplés, la couverture d'assurance maladie.... Durant la pandémie Covid-19, le nombre de malades et celui de décès étaient le double parmi le quintile le plus élevé du SVI en comparaison avec le quintile le plus faible¹³⁰. Au Brésil, la probabilité de mourir de la Covid-19 est nettement plus grande parmi les pauvres. Elle est encore plus forte pour les Noir(e)s ou les Autochtones¹³¹.

L'influence des circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent a pris de l'importance dans l'analyse de l'état de santé des populations. En 2005, l'OMS a mis en place la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS), qui a publié son premier rapport en 2008. Ce rapport met l'accent sur l'influence de ces déterminants, des choix politiques, de la répartition du pouvoir et des richesses dans la santé des populations et les inégalités en santé¹³². En fait, ces inégalités sociales sont bien documentées

¹²⁹ Flanagan BE, Gregory EW, Hallisey EJ, Heitgerd JL and Lewis B. A Social Vulnerability Index for Disaster Management. From the Journal of Homeland Security and Emergency Management. <https://doi.org/10.2202/1547-7355.1792>

¹³⁰ Islam N, Lacey Ben, Shabnam S. et al. Social inequality and the syndemic of chronic disease and COVID-19: county-level analysis in the USA. J Epidemiol Community Health Published online January 5 2021. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-215626>

¹³¹ Baqui P, Bica I, Marra V, Ercole A. et al. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. Lancet Glob Health 2020; 8: e1018–26 [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30285-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30285-0)

¹³² Organization Mondiale de la Santé (OMS) (2008). https://www.who.int/social_determinants/fr/

depuis plusieurs années, notamment dans les pays développés, comme aux Etats-Unis^{133 134} et au Royaume-Uni¹³⁵.

Quel que soit l'indicateur utilisé pour mesurer l'état de santé - santé perçue, maladies, handicap ou risque de décès -les personnes appartenant aux milieux les plus favorisés bénéficient d'un meilleur état de santé que ceux appartenant aux classes défavorisées^{136 137}. Dans le même sillage d'analyse des déterminants de la santé, la théorie selon laquelle la santé des femmes est influencée par leurs caractéristiques biologiques et psychologiques a également été battue en brèche. Il a été démontré que l'exposition différenciée à des risques reconnus pour être associés à un mauvais état de santé, jouerait dans la différence observée dans l'état de santé et le bien-être entre les hommes et les femmes. Le manque de contrôle sur les ressources, la violence sexiste, la charge de travail domestique et familial non rémunéré, les conditions de travail pénibles, sont autant de facteurs de risque exposant les femmes à un mauvais état de santé. Par ailleurs, les normes « genrées » et les préjugés sexistes déterminent la façon dont les besoins des femmes sont considérés par les femmes elles-mêmes et par la société¹³⁸.

Par ailleurs, la responsabilité vis-à-vis du parent dépendant s'ajoute qui s'ajoute à aux autres rôles, qu'il soit marital, parental ou grand parental, professionnel, social ou autre, est différente selon le genre¹³⁹

Le concept de charge des aidants naturels « Caregiver burden » s'est développé à partir de la notion de « charge pour la famille » (burden on the family), proposée par Treudley ¹⁴⁰. Cette charge imposée à la famille implique des responsabilités supplémentaires et une réorganisation de toute la routine

¹³³ Smith J.P. Healthy Bodies and Thick Wallets: The Dual Relation Between Health and Economic Status. *Journal of Economic Perspectives* 1999; 13(2):145-166.

¹³⁴ Berkman L.F. Social Epidemiology: Social Determinants of Health in the United States: Are We Losing Ground? *Annu. Rev. Public Health* 2009; 30:27-41

¹³⁵ Marmot M.G, Allen J, Goldblatt P, Boyce T et al, on behalf of the Marmot Review. Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post-2010 (The Marmot Review).

¹³⁶ Leclerc A, Fassin D, Grandjean H et al. Les inégalités sociales de santé, Paris : La découverte, Inserm: 448 p

¹³⁷ Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A.J.R et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New-England Journal of Medicine* 2008; 358(23):2458-81.

¹³⁸ Popay J, Bartley M, Owen C." Gender Differences in health: Social Position, Affective Disorders and Minor Physical Morbidity". *Social Science and Medicine* 1993; 36 : 21-32

¹³⁹ Cozette E, Joël ME, Gramain A, Colvez A. « Qui sont les aidants ? ». *Gérontologie et Société* 1999; 89:35-48.

¹⁴⁰ Treudley MB. Mental illness and family routines. *Ment Hygiene* 1946 ;15: 407-418

familiale¹⁴¹. En raison de leur rôle de « Caregiver », les femmes ont été plus affectées par cette pandémie. Les violences qui leur sont faites, notamment les violences perpétrées par un partenaire intime, ont considérablement augmenté pendant le confinement au point d'être qualifiées de « pandémie cachée »¹⁴². Mais l'ampleur et la gravité ne seront pas connues avant des années.

Qu'en est-il en Tunisie ? Quelle est la situation des femmes dans cette crise sanitaire inédite ? Quel a été leur rôle dans sa gestion et quelles leçons en tirer quant à leurs droits à la santé ?

1. Les femmes dans la riposte tunisienne à la pandémie COVID-19

La Tunisie n'a pas connu, avant la pandémie Covid-19, une urgence sanitaire aussi grave, de laquelle elle aurait pu tirer des enseignements quant à la dimension genre dans l'exposition au risque et dans la réponse aux mesures de riposte. Cette crise nous a révélé la capacité de notre système, soumis à différentes tensions, à intégrer toutes les dimensions : la transition épidémiologique, la transition démocratique - qui place le citoyen au centre de ses interventions- et la révolution technologique dans toutes ses applications, comme l'outil de gestion et d'évaluation des services et d'équité.

La Tunisie figure parmi les pays qui ont préparé, très tôt, leur plan de riposte à la pandémie grâce à l'existence de l'Observatoire National des Maladies Nouvelles et Emergentes (ONMNE), créé en 2005, qui a préparé, depuis 2008, le Plan de riposte aux épidémies à potentiel pandémique, le Strategic Health Operation Center (SHOC-Room) créé en 2009 ; les Services d'Assistance Médicale Urgente (SAMU) et le réseau des directions régionales de la santé. Toutes ces structures ont été mises en branle pour mettre en œuvre les cinq mesures d'urgences (les Five Early). Rentrant dans le cadre de la prévention, le dépistage de la contamination (première mesure d'urgence), a été fourni gratuitement par les services de santé publique à tous les citoyens, quels que soient leur sexe, leur âge et leur niveau socioéconomique.

¹⁴¹ Deeken OF., Taylor KL., Mangan P. Care for the caregivers: a review of self- report instruments developed to measure the burden, needs and quality of life of informal caregivers. *J Pain Symptom Manage* 2003; 26:922-53

¹⁴² Stidham Hall K, Samari G, Garbers S et al. « Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response ». *Lancet* 2020; 395: 1175-1177

Les figures de la vulnérabilité

La proportion de femmes affectées par la COVID-19 varie significativement selon les pays en fonction des normes de genre et des inégalités socio-économiques. Dans les sociétés occidentales, les femmes sont majoritaires dans les métiers de santé, les services à la personne, le commerce (caissières, vendeuses), le nettoyage ; autant de situations qui les placent en première ligne face aux risques de contamination. Mais, du fait de leur statut dans la société, elles peuvent également bénéficier de l'accès aux tests de dépistage, ce qui influe sur leur proportion parmi les cas « étiquetés positifs ».

La Tunisie figure parmi les rares pays qui publient le nombre de cas selon le sexe. Selon le bulletin publié le 25 mai 2020, 1086 cas de COVID-19 sont enregistrés en Tunisie, soit 8,87/100 000 habitants, parmi lesquels les femmes représentent plus de 50% (53% exactement) de l'ensemble des personnes déclarées positives. C'est dans la tranche d'âge 20-50 ans que la prédominance féminine est la plus marquée. En comparant la situation épidémiologique avec celles enregistrées dans d'autres pays, au début de la pandémie, le pourcentage de femmes tunisiennes dépistées positives à la COVID-19 figure dans la catégorie « moyenne » en comparaison avec les pays européens et de l'Amérique du Nord. Au mois de novembre 2020, le pourcentage des Tunisiennes comptant parmi les cas positifs figure parmi les plus élevés (Tableau 1) alors que le Pakistan et l'Afghanistan enregistrent les plus faibles proportions :

Tableau 1. Proportion des femmes parmi les cas COVID-19: Comparaison internationale (Novembre 2020)

Pays	Pourcentage de femmes	
	% cas positifs	% décès
Tunisie	54,0	31,25
Pays-Bas	54,46	44,75
Australie	51,27	51,71
Canada	52,61	53,57
Royaume Uni	53,92	42,0
Finlande	51,0	51,0
France	52,54	41,1
Portugal	54,7	48,7
Espagne	53,05	43,0
Italie	50,71	42,57
Allemagne	50,18	44,57
Belgique	55,01	51,11
Maroc	47,0	33,69
Iran	43,0	41,0
Indonésie	49,3	41,6
Pakistan	26,0	26,0
Afghanistan	30,7	25,14

Sources :(1) MS/ONMNE, (2) Global Health 50/50

Parmi les facteurs explicatifs de la prédominance féminine dans les cas positifs de la population jeune, il y a 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 qu'elles jouent 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 : elles 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 être à la fois un facteur d'une plus grande exposition au risque et de l'accès au test de dépistage.

Le bilan sanitaire de cette pandémie est très lourd. En une année, le nombre de décès provoqués par l'infection dépasse les 8 000, dans lequel les femmes ne représentent que le tiers. Il ne s'agit là que des décès déclarés, qui sous-estiment la réalité. Par ailleurs, les statistiques sanitaires ne tiennent pas compte des retombées liées à l'absence de soins durant les périodes de confinement et faute de moyens ; les structures sanitaires étant accaparées par la lutte contre la pandémie. Ce n'est là que la partie apparente d'un phénomène complexe dont les effets sont considérablement plus graves et plus étendus, mais dont nous n'avons pas encore pu mesurer l'ampleur. On commence, à peine, à entrevoir les dégâts auprès des consultantes des structures de première ligne. Dans un centre de santé de base, les femmes représentent 63% des patients consultant pour une maladie chronique. Le nombre des consultations a baissé, entre le mois d'avril 2020 et le mois d'avril 2019, de 58,7%, dont 44,4% chez les femmes diabétiques et 72,7% chez les hypertendues¹⁴³.

Les statistiques des structures de l'Office National de la Famille et de la Population (ONFP) ont révélé une très forte réduction de leurs prestations durant les trois trimestres de l'année 2020 en comparaison avec l'année 2019 (Tableau 2).

Tableau 2. Réduction des prestations dans les structures de l'ONFP durant les trois premiers trimestres 2020

Prestations	Pourcentage de réduction
Total prestations en SSR	30,9
Consultation de planification familiale	20,6
Consultation prénatale	29,9
Consultation post natale	31,1

Source : Bulletin de l'ONFP

Si le bilan est aussi négatif, ce n'est pas uniquement pour des raisons conjoncturelles liées à la COVID-19, mais également pour des raisons structurelles tenant au retard considérable à intégrer la révolution technologique dans toutes ses applications, comme l'outil au service de l'efficacité et de l'équité du système.

¹⁴³ Haj Amor S.(2021) . Recours aux soins des femmes: une comparaison des consultations pour maladies chroniques entre 2019/2020 (Communication présentée le 8 mars 2021)

La riposte à la pandémie COVID-19 nous a fait découvrir la place et le rôle des Tunisiennes dans la gestion des grandes crises. Par-delà leur rôle dans les soins en tant que médecins, sages-femmes et infirmières, c'est leur rôle de leaders dans les différents niveaux (central, régional et au niveau des structures hospitalières) que cette épidémie a révélé.

Dans la stratégie de riposte, la figure de proue est une femme. Et son staff, chargé de la gestion et de la supervision de toutes les activités du terrain, de l'analyse des données et de l'élaboration du bulletin quotidien, est pratiquement entièrement féminin.

Les femmes ont été également particulièrement remarquables dans les comités ad-hoc pour la gestion de l'épidémie au niveau des structures hospitalières : tous les témoignages recueillis, et auxquels nous reviendrons dans un travail plus approfondi, nous montrent qu'il s'agit d'une thématique très intéressante qui pourrait enrichir la réflexion sur une nouvelle gouvernance des hôpitaux dans laquelle les femmes seraient davantage impliquées.

2. Le droit des Tunisiennes à la santé : des garanties constitutionnelles et des engagements internationaux sans équivoque

Les valeurs d'une société se mesurent à l'aune de la législation qu'elle promulgue, des mécanismes qu'elle développe et des stratégies qu'elle met en œuvre pour promouvoir les droits humains et l'équité du genre. A travers le monde, des millions de femmes sont privées de leurs droits à l'accès aux soins et à la santé, notamment en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive. En plus des obstacles géographiques et du manque d'infrastructures, les discriminations d'ordre économique, culturel et politique sont génératrices de profondes inégalités face à la santé. De ce point de vue, la Tunisie s'est dotée de tout un arsenal juridique, a ratifié des conventions internationales et a mis en œuvre des programmes en faveur de la promotion de la santé des femmes. Nous ne reviendrons pas sur les acquis du Code du Statut Personnel (CSP) et sur son rôle, malgré ses limites, dans l'amélioration des conditions de vie des Tunisiennes, pour rappeler les avancées enregistrées.

La Tunisie a ratifié plusieurs instruments internationaux et régionaux spécifiques dans lesquels les besoins des femmes sont spécifiés : ainsi en est-il du Plan d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le

Développement¹⁴⁴, de la Déclaration et Programme d'Action de Beijing¹⁴⁵, de la Déclaration du Millénaire de l'ONU, de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida¹⁴⁶, de la Convention relative aux droits des personnes handicapées)¹⁴⁷, et de bien autres instruments juridiques (Chartes et Conférences, en particulier).

L'adoption de l'Agenda 2030 pour le développement durable constitue un nouvel engagement de la Tunisie pour concrétiser davantage le droit à la santé et l'exigence de l'accès aux soins de tous les citoyens, en particulier les plus démunis.

Ne laisser personne de côté (NOLB) est la promesse centrale et transformatrice du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Il représente l'engagement sans équivoque de tous les États membres des Nations Unies à éradiquer la pauvreté sous toutes ses formes, à mettre fin à la discrimination et à l'exclusion, et à réduire les inégalités et les vulnérabilités qui laissent les gens de côté et sapent le potentiel des individus et de l'humanité dans son ensemble¹⁴⁸.

La Constitution tunisienne, adoptée par l'Assemblée Nationale Constituante en janvier 2014, annonce une avancée majeure dans le domaine de la santé, en affirmant que tout être humain a droit à la santé et que l'Etat garantit : (i) la prévention et les soins de santé à tout citoyen et assure les moyens nécessaires à la sécurité et à la qualité des services de santé ;(ii) la gratuité des soins pour les personnes sans soutien ou ne disposant pas de ressources suffisantes ;(iii) le droit à une couverture sociale conformément à ce qui est prévu par la loi.

3. Accès des femmes aux soins de santé : derrière les apparences

Les premiers programmes visant la promotion de la santé des femmes, mais qui visaient les femmes en tant que mères, remontent à 1959, avec l'ouverture des

¹⁴⁴ Programme d'Action adopté à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement Le Caire, 5–13 September 1994. [ICPD-PoA-Fr-cover \(un.org\)](https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20F.pdf)

¹⁴⁵ Nations- unies. Rapport de la quatrième Conférence Mondiale sur les femmes. <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20F.pdf>

¹⁴⁶ Nations- unies (2001). Déclaration d'engagement sur le VIH/Sida https://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aidsdeclaration_fr.pdf

¹⁴⁷ Nations-unies. Convention relative aux droits des personnes handicapées. https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&clang=fr

¹⁴⁸ UN /SDG (2019). Leaving None Behind: A UN SDG operational guide for UN country team. [UNSDG | Leaving No One Behind: A UNSDG Operational Guide for UN Country Teams](https://www.un.org/sdgs/leaving-no-one-behind)

premiers centres de protection maternelle et infantile (PMI), dont la mission repose essentiellement sur le suivi des femmes enceintes et des enfants, avec une importante composante préventive (vaccination, surveillance nutritionnelle). L'engagement dans la stratégie des soins de santé primaires, dans laquelle la composante santé maternelle et infantile constitue un axe fondamental est clairement pris.

A partir de 1990, un programme national de périnatalité, visant la réduction de la mortalité maternelle et périnatale, a été mis en place et révisé en 1998. La Tunisie s'est également engagée pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2000¹⁴⁹, dont l'Objectif 5 visait l'amélioration de la santé maternelle et néonatale. Elle a révisé sa stratégie, depuis, pour répondre aux nouveaux défis. Avec l'Objectif du Développement Durable (ODD 3), la Tunisie est tenue d'atteindre plusieurs cibles spécifiques en relation avec la santé des femmes. Plusieurs autres ODD se réfèrent aux déterminants sociaux de la santé.

3.1. Disponibilité et accessibilité des services de santé : des disparités qui perdurent

En Tunisie, malgré une amélioration de l'infrastructure sanitaire et du développement considérable des ressources humaines, les disparités régionales persistent et elles sont observées à tous les niveaux des structures de soins. Au niveau de la première ligne, uniquement 20% des Centres de Santé de Base (CSB) assurent des consultations six jours par semaine, assurant ainsi une continuité des soins. Ce pourcentage est de 98% à Tunis, de 7% à Béja et Kébili et de 4% à Médenine (Tableau 3). Ainsi, la continuité des soins dans ces structures de première ligne n'est pas assurée pour une très importante frange de la population. La plupart des régions de l'intérieur ne disposent pas d'un nombre suffisant de médecins pour faire fonctionner ces CSB de manière continue. A cela s'ajoute le problème de la rapide rotation du personnel médical dans ces régions. Dans certains gouvernorats, le taux de renouvellement annuel du personnel médical de première ligne dépasse 30%.

En 2018, 90% des spécialistes du secteur public et privé sont concentrés dans les régions côtières ; 43% d'entre eux dans le District de Tunis et 30% dans le Centre-Est. Plusieurs hôpitaux régionaux manquent de gynécologues obstétriciens,

¹⁴⁹ ONU (2000). « Objectifs du Millénaire pour le développement ». [Les OMD - Objectifs du Millénaire pour le développement \(OMD\) \(un.org\)](#)

Les figures de la vulnérabilité

d'anesthésistes réanimateurs, de radiologues, spécialistes indispensables pour la continuité des soins curatifs et préventifs. Les conséquences pour les patientes des régions de l'intérieur sont lourdes, car elles sont obligées de se déplacer sur de longues distances et de payer des frais parfois au-dessus de leurs moyens. Les conséquences peuvent parfois être dramatiques avec des décès qui auraient pu être évités, comme les décès au cours de l'accouchement.

Tableau 3. Indicateurs de disponibilité et d'accès aux services de santé par gouvernorat, Tunisie 2018

Gouvernorat	Distance moyenne d'accès à un HR* (en Km)	Distance moyenne d'accès à un HG** (en Km)	Proportion des CSB assurant une consultation médicale 6 jours par semaine	Médecins généralistes pour 10 000 habitants	Gynécologue pour 10 000 FAR
Tunis		2	98%	33,97	7,73
Ariana	14	22	75%	14,45	3,58
Ben Arous	8	17	62%	11,17	3,27
Manouba		22	21%	9,58	1,60
Nabeul	24	84	12%	10,22	2,85
Zaghouan	29	69	20%	9,56	1,84
Bizerte	23	86	18%	9,65	2,28
Béja	22	127	7%	8,41	1,86
Jendouba	36	157	13%	7,0	0,89
Le kef	44	206	21%	7,87	1,35
Siliana	40	143	21%	7,88	0,82
Kairouan	49	98	15%	6,94	1,39
Kasserine	50	257	21%	5,95	0,91
Sidi Bouzid	44	157	8%	5,37	0,84
Sousse	20	22	38%	18,34	4,34
Monastir	14	19	16%	14,34	3,40
Mahdia	44	44	7%	9,74	2,49
Sfax	29	37	24%	19,06	3,81
Gafsa	36	226	18%	8,39	1,09
Tozeur	42	333	8%	10,84	0,67
Kébili	40	299	5%	7,58	0,67
Gabès	32	168	27%	8,89	1,12
Médenine	20	219	4%	8,86	1,55
Tataouine	59	307	11%	7,16	0,43
Quartile le plus nanti	22	33	25%	10,92	2,95
Tunisie			20%	33,10	2,88

*HR : Hôpital régional

** HG : Hôpital général

Source : Santé Tunisie en chiffres, Ministère de la Santé 2018

Les prestations rentrant dans le cadre de la prévention individuelle et collective comme la vaccination, la contraception, le suivi des grossesses et la prise en charge des maladies chroniques, sont théoriquement assurées gratuitement dans les structures publiques. Cependant, pour plusieurs raisons d'ordre technique et organisationnel, la gratuité n'est pas toujours assurée. Et, bien que la couverture sanitaire avoisine 90 %, la contribution financière directe des ménages dans les soins de santé est encore trop élevée (de l'ordre de 40%), bien supérieure au seuil recommandé par l'ODD 3.8 selon lequel la part des dépenses des ménages doit être inférieure à 30% des dépenses de santé. Selon l'Enquête Nationale Budget et Consommation des ménages¹⁵⁰, la dernière enquête à avoir estimé les dépenses catastrophiques de santé (DCS) définie par trois seuils qui correspondent à des dépenses de santé dont le pourcentage dépasse 10%, 25% et 40% des dépenses totales des ménages, hors dépenses alimentaires ; 600 000 ménages tunisiens sont confrontés à des frais de soins qui dépassent de 10% de leurs dépenses totales, et 300 000 ménages ont vu les frais pour leurs soins dépasser 25% de leurs dépenses totales. Par ailleurs, 90 000 ménages, soit 360 000 individus s'appauvrissent suite à des soins alors que les ODD visent l'éradication de l'appauvrissement lié aux soins (zéro pour cent d'appauvrissement). Ces risques financiers sont corrélés aux variables suivantes : un chef de ménage femme, le milieu rural et l'absence de couverture maladie. Cependant, ces chiffres sous-estiment largement la situation actuelle en raison de l'augmentation des prix des médicaments et des coûts des soins en général durant ces dernières années. Le renoncement aux soins pour des raisons financières est désormais une réalité pour un nombre de plus en plus important de femmes.

3. 2. La santé sexuelle et reproductive : un indéniable progrès, mais d'importants défis

Une bonne santé sexuelle et reproductive est un état de bien-être total sur le plan physique, mental et social, relativement à tous les aspects du système reproductif. Dans cet état, les personnes sont en mesure de profiter d'une vie sexuelle satisfaisante et sûre et ont la capacité de se reproduire et de décider si elles désirent le faire, quand et comment (UNFPA, 1994). En s'engageant dans cette approche, la Tunisie a intégré, dans une même stratégie, la santé maternelle et périnatale, la planification familiale, la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le

¹⁵⁰ Institut National de la Statistique (2015). Enquête Nationale sur le Budget et le niveau de vie des ménages , 2015

VIH/sida, ainsi que la lutte contre les cancers féminins. A travers son engagement pour la réalisation des ODD, la Tunisie est tenue d'atteindre cette cible « *d'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux* ». Il s'agit donc d'assurer l'accès Universel, à tous les Tunisiens quels que soient leur statut, y compris les jeunes, leur lieu de résidence et leur sexe.

.3.2.1. Le programme de santé maternelle : un progrès patent mais des défis de taille

La couverture prénatale et l'accouchement médical figurent parmi les indicateurs les mieux suivis depuis le début des années 1980. Le pourcentage de femmes ayant bénéficié de quatre consultations au cours de leur grossesse, était très faible au début des années 1990 pour l'ensemble de la Tunisie, mais plus particulièrement dans les régions du Centre Ouest et du Sud Est. Mais Il s'est sensiblement amélioré depuis lors, passant de 12,9 % en 1996 à 72,4% en 2001 et à 84,1% en 2018. Selon la dernière enquête MICS 6, toutefois, ce taux qui est de 92 % dans le District de Tunis n'est que de 70% dans la région du Centre Ouest qui enregistre le taux le plus bas. Nous observons également une différence significative entre les milieux (Urbain /Rural) et selon le niveau de vie (Tableau 4).

L'accouchement en milieu médical assisté par un personnel qualifié constitue la règle, le taux d'accouchement à domicile est très faible, de l'ordre de 2% dans la région du Centre Ouest.

Tableau 4. Couverture par quatre consultations prénatales, accouchement en milieu médical et pratique de la césarienne, Tunisie, 2018

	4 consultations %	Accouchement en milieu médical %	Césarienne %
District de Tunis	92,0	100,0	48,3
Nord Est	86,3	100,0	55,3
Nord-Ouest	79,2	99,3	48,4
Centre Est	88,4	100,0	43,2
Centre Ouest	70,1	98,7	35,3
Sud Est	84,5	100,0	31,5
Sud-Ouest	77,3	98,9	26,1
Urbain	88,5	99,9	46,4
Rural	76,6	99,2	37,7
Le plus pauvre	70,1	99,3	32,5
Second	82,8	99,7	38,7
Moyen	82,6	99,3	43,5
Le plus riche	90,7	100,0	45,1
Tunisie	84,1	99,7	58,0

Malgré les performances affichées au niveau des indicateurs de suivi des programmes de périnatalité, les résultats demeurent en deçà des aspirations, notamment en ce qui concerne le rythme de la réduction de la mortalité maternelle.

La dernière enquête nationale menée en 2010¹⁵¹, portant sur tous les décès des femmes en âge de reproduction (FAR), situe le taux de mortalité maternelle (TMM) à 44,83 pour 100 000 naissances vivantes. Le taux de décès maternel, calculé à partir des statistiques hospitalières et ne tenant pas compte des décès maternels survenus hors de l'hôpital, est actuellement estimé à 35 pour 100 000 naissances vivantes.

S'il apparaît comme étant parmi les plus bas dans les pays à revenu similaire, le taux de mortalité maternelle reste élevé en Tunisie au regard du niveau de l'infrastructure sanitaire, de l'accès aux soins et surtout du statut de la femme tunisienne. C'est la qualité de la prise en charge qui est ici questionnée. C'est également, la prédominance et la persistance des causes évitables qui témoignent

¹⁵¹ Institut National de Santé Publique/Organisation Mondiale de la Santé (2010). Enquête Nationale sur la mortalité en Tunisie.

d'un problème au niveau de la prise en charge des femmes en pré, per et post-natale. Le décès maternel est la conséquence directe des trois R : retard du recours aux structures sanitaires, retard du dépistage des facteurs de risque et retard dans la prise en charge des complications, ce dernier étant le plus important car il représente 80% de l'ensemble des causes de décès.

En raison de leur fréquence, des risques qu'elles peuvent engendrer et de leur coût, les césariennes sont désormais considérées comme un problème de santé publique ; le pourcentage d'accouchements par ce moyen étant de l'ordre de 58%¹⁵², un taux bien supérieur au seuil optimal préconisé par l'OMS, soit 15%.

3.2.2. Le « Planning Familial », un acquis menacé ?

Parler aujourd'hui du Planning Familial en Tunisie peut paraître relever d'un débat d'arrière-garde, mais l'actualité qui se bouscule devant nos yeux et les difficultés rencontrées par beaucoup de femmes pour satisfaire leurs besoins en contraception, méritent d'être relevées.

Le « Planning Familial », fleuron de la politique de la Tunisie indépendante, a été le vecteur à plus d'un égard, du changement de la condition des femmes. Dès le début des années 1960, la vente des produits contraceptifs a été autorisée. Avec le lancement du programme de Planification Familiale, des centres de Planning Familial ont été implantés dans toutes les régions, et des équipes mobiles offrirent des prestations aux femmes dans les bourgs les plus reculés. Parmi les mesures phares, figure la libéralisation de l'avortement. La transformation de la législation exprime l'évolution de la pensée moderne qui porte sur l'avortement, ce dernier n'étant plus saisi comme une donnée strictement juridique, mais comme une donnée sociale globale, comme fait éthique et droit humain. D'une infraction qui tombait sous le coup de la loi, l'avortement est maintenant revendiqué comme faisant partie des droits fondamentaux.

Dans son statut d'être « procréateur », la femme a fait du chemin : elle avait un rôle passif et subissait ses maternités. Elle a désormais un rôle actif, elle les décide et en assume le contrôle. Quand l'enfant cesse d'être la finalité de l'acte sexuel, quand la femme se défait de l'aliénation à l'enfantement ; quand l'homme devient le complice de la femme dans ce qui est considéré depuis la nuit des temps comme

¹⁵² INS/MDCII/UNICEF. Enquête à indicateurs multiples (MICS 6) 2018, Tunis, 2019

un lieu d'enjeux, de conflits et d'opposition : il y a là des signes d'une mutation profonde de la société¹⁵³. C'est devant des Tunisiennes, qui ne sont ni des intellectuelles, ni des féministes convaincues, mais des femmes "ordinaires" issues de tous les milieux, qui recourent aux structures de planification familiale pour pratiquer un avortement, qu'on est tenté de dire que la rupture avec le modèle de procréation traditionnel est bien définitive et que le retour au schéma qui prévalait avant les années soixante-dix et qui prévaut encore dans plusieurs pays de la région, est difficilement concevable.

Cependant, cet acquis considérable qu'est l'accès libre à l'avortement ne doit pas occulter les problèmes que rencontrent les femmes, notamment les jeunes, dans leur quête pour la contraception et de l'avortement. La Tunisie enregistre un recul considérable dans la satisfaction des besoins en contraception même pour les femmes mariées "ayant légitimement droit à cette contraception". Ne parlons pas des jeunes non mariées dont les besoins ne sont pas encore reconnus et qui rencontrent des difficultés pour accéder aux services de santé sexuelle et reproductive.

La dernière enquête à indicateurs multiples MICS 6 de l'année 2018 a estimé l'ampleur des besoins des femmes mariées ou en union qui n'utilisent aucune méthode de contraception, mais souhaitent reporter la naissance prochaine (espacement) ou ne plus avoir d'enfant du tout (limitation)- Ces besoins non satisfaits ont considérablement augmenté ces dernières années. C'est pour la première fois dans l'histoire de la Tunisie, que le pourcentage de femmes exprimant que des besoins non satisfaits atteint ce niveau. Il est passé de 7% en 2012 à 19% en 2018 (Tableau 5). Parmi les jeunes, ce pourcentage atteint 25%. S'agit-il d'un problème de manque de moyens ? D'un problème d'accès ? D'un changement d'attitudes et de pratiques des « professionnel-les » ? Le problème mérite d'être analysé.

¹⁵³ Ben Romdhane H. (1992). Le compromis avec Dieu : Fécondité, Procréation et Sexualité. In Tunisiennes en devenir, Cérès production, Tunis, 1992

Tableau 5. Evolution de la prévalence des besoins en contraception non satisfaits

	2011-12 (%)	2018 (%)
Age		
20 – 24	16,4	24,5
25 – 29	12,4	23,6
30– 34	8,6	20,2
35 – 39	6,3	18,8
40- 44	5,4	19,1
45-49	1,9	18,1
Région		
District de Tunis	3,7	19,2
Nord Est	8,1	21,0
Nord-Ouest	2,6	15,8
Centre Est	10,0	21,9
Centre Ouest		23,5
Sud Est	5,5	17,5
Sud-Ouest	6,4	13,5
Tunisie	7,0	19,9

Source : MICS, 2012 et 2018

Depuis quelques années, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) semble ne plus être aussi accessible qu'auparavant. Ce n'est pas tant le manque de moyens que les attitudes et les comportements de certains prestataires qui semblent avoir évolué. Dans plusieurs situations rapportées par les femmes, la morale et les interférences religieuses semblent prendre le pas sur le droit, ce qui va à l'encontre du droit des femmes et des couples à décider librement, de façon responsable et en toute sécurité, 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, la pandémie de la COVID-19 l'ayant même 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. L'accès à l'avortement va-t-il devenir un marqueur des inégalités sociales de santé ?

3.3. Les inégalités dans l'accès au dépistage des cancers

En Tunisie, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes ; il représente 30% des cancers diagnostiqués. On estime à 3000 le nombre de nouveaux cas par an. C'est aussi la première cause de mortalité chez les femmes jeunes. Selon les estimations effectuées par le responsable du Registre du Cancer du Nord¹⁵⁴, le nombre de nouveaux cas de cancers du sein serait de 3514 en 2020 et 4529 en 2024. Malgré une amélioration dans l'accès aux soins, trois cancers du sein sur quatre sont découverts à un stade avancé, ce qui aggrave le pronostic de la maladie.

La lutte contre le cancer du sein se base essentiellement sur la détection précoce, à travers l'examen physique des seins ou la mammographie de dépistage. Ce dépistage par mammographie permet de réduire la mortalité par cancer du sein d'environ 30% après l'âge de 50 ans.

Or, la pratique de ces deux mesures demeure relativement faible au regard des moyens et de la disponibilité des structures sanitaires dont la mission est, entre autres, d'organiser les programmes de prévention des cancers féminins, comme les centres de planification familiale. En effet, l'examen clinique des seins, un geste simple, pouvant être pratiqué par la sage-femme, n'est pas encore généralisé à toutes les consultantes. Selon l'enquête THES, publiée en 2018, le dépistage et le diagnostic précoce du cancer du sein, globalement peu pratiqués, sont corrélés aux déterminants sociaux de la santé : milieu, niveau d'éducation et niveau socioéconomique (Tableau 6). 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.

¹⁵⁴ Hsairi M. (2017). Registre du cancer du Nord de la Tunisie, Tunis, 2017

Tableau 6. *Pratique de la mammographie selon les variables socioéconomiques, Tunisie 2018*

Milieu de résidence	Pourcentage
Urbain	12.2 [10.5-13.9]
Rural	4.1 [2.8-5.3]
Niveau de vie	(p-valeur <10-3)
La classe la plus défavorisée	2.5 [1.4-3.5]
2 ^{ème}	8.4 [6.6-10.3]
3 ^{ème}	8.2 [5.4-11.0]
4 ^{ème}	16.3 [12.3-20.2]
La classe la plus favorisée	26.4 [19.4-33.4]
Total	9.8 [8.5-11.0]

Source : INSP/ MS/OMS. Tunisian Health Examination Survey, 2018

La Tunisie est entrée de plain-pied, depuis près de trois décennies, dans la transition épidémiologique caractérisée par une réduction, voire l'éradication, de la plupart des maladies transmissibles et un accroissement considérable des maladies non transmissibles (MNT) -maladies cardiovasculaires, cancers, diabète, affections respiratoires chroniques-, lesquelles représentent désormais plus de 70% des causes des décès. En amont de ces maladies, le tabagisme, la malnutrition, et la sédentarité sont à des niveaux très élevés : 34% des Tunisiens âgés de 15 ans et plus sont en surpoids, un sur quatre est obèse (l'obésité est deux fois plus élevée chez les femmes); 15% sont diabétiques et 28% sont hypertendus¹⁵⁵. Si le système de santé tunisien reconnaît l'importance et l'urgence de lutter contre ce fléau des temps modernes, il tarde encore à mettre en œuvre les stratégies qui ont donné leurs preuves et il n'envisage toujours pas une approche basée sur l'analyse du genre. En effet, la morbidité et la mortalité des MNT évoluent différemment chez les hommes et chez les femmes ; ces dernières contribuent considérablement à l'augmentation de la charge de morbidité des MNT. Ainsi, les Tunisiennes continuent à subir la double charge de morbidité : parallèlement à l'accroissement considérable des facteurs de risque des maladies non transmissibles et de leur poids économique et social, certaines pathologies du premier groupe comme celles entraînant une mortalité néonatale sont encore fréquentes.

La pauvreté, l'analphabétisme, le chômage, le manque d'accès aux soins, la pauvreté des réseaux sociaux sont des déterminants majeurs de la morbidité et de

¹⁵⁵ Ben Romdhane, H. 2012

la mortalité cardiovasculaire dont l'impact est de plus en plus important chez les femmes¹⁵⁶.

4. Les violences institutionnelles : l'autre face des violences faites aux femmes

Qu'elle soit produite au sein de la structure ou issue de ses propres modes de fonctionnement, la violence institutionnelle est la conséquence d'un abus de pouvoir à l'encontre d'une personne en situation de vulnérabilité. Elle couvre une infinité de situations où se dévoile la souffrance d'une personne vulnérable. Les situations de maltraitance sont très souvent des situations complexes dans lesquelles interagissent la personne qui subit la violence et ses auteurs, eux-mêmes parfois, en situation de souffrance, mais souvent en rapport de force et d'autorité¹⁵⁷. Le non-respect de la dignité, de l'intimité, du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne, la non-information sur les traitements ou les soins, le défaut de soins et la non prise en compte de la douleur et de la peur, le manque d'accompagnement sont autant de comportements qui constituent des atteintes courantes aux droits des femmes à une prise en charge dans les institutions.

Afin d'illustrer la violence dans les institutions tunisiennes, nous présentons deux prises en charge et les violences en milieu obstétrical.

4.1. Reconnues victimes, les femmes ne sont pas toujours bien prises en charge

La Tunisie figure parmi les pays qui ont mené une enquête nationale pour estimer l'ampleur des violences faites aux femmes, élaboré une stratégie nationale pour lutter contre toutes les formes de ces violences ainsi que des plans sectoriels pour concrétiser la mise en œuvre de cette stratégie. Des programmes de prise en charge ont été réalisés par des institutions étatiques et des associations. Cependant, malgré la reconnaissance, par l'Etat, de l'ampleur et de la gravité de ce problème et des efforts entrepris pour prendre en charge des femmes qui en sont victimes, beaucoup reste à faire. Il n'est pas encore tout à fait admis dans la conscience de certains acteurs importants, que les violences faites aux femmes sont des atteintes

¹⁵⁶ Madika AL, Mounier-Vehier C. Inégalités de santé selon le sexe pour les maladies cardiovasculaires. La Revue du praticien 2019; 69(4);373-6

¹⁵⁷ Maltais S. (1997) « La pyramide de l'intimité », Paris, 2017

graves à leur intégrité physique et mentale, à leur dignité humaine, et qu'elles doivent être prises en charge par les structures publiques.

Plusieurs intervenants ont mis l'accent sur les racines des violences faites aux femmes, considérant que l'Etat est le premier responsable de la violence institutionnelle : en maintenant les femmes dans des situations de précarité, l'Etat protecteur a failli à ses obligations. La précarité économique est une situation à risque, pouvant exposer les femmes à la violence à laquelle elles ne peuvent se soustraire, faute de ressources. D'autres insistent sur les mauvaises conditions d'accueil des femmes victimes de violences dans les structures étatiques. Ce sont les postures et les actes que subissent ces femmes en raison de leur statut de victimes de violences qui relèvent de la violence institutionnelle. La violence racontée par les femmes a pris toutes les formes : négligence, non-assistance, humiliation et brutalité verbale. Elle a également pris le hideux visage du harcèlement et du chantage sexuel. Cette violence institutionnelle met à mal le processus de réhabilitation psychosociale des femmes en quête de justice et de sécurité¹⁵⁸.

4.2. La violence en milieu obstétrical : un problème de santé publique ignoré

La libération de la parole des femmes un peu partout dans le monde a eu lieu et la violence obstétricale est désormais qualifiée par l'OMS de problème de santé publique : « *Partout dans le monde, de nombreuses femmes font l'expérience de traitements non respectueux et de mauvais traitements lors de l'accouchement en établissement de soins. Ce genre de traitement constitue non seulement une violation de leurs droits à des soins fondés sur le respect, mais il constitue aussi une menace à leurs droits à la vie, à la santé, à l'intégrité physique et à l'absence de discrimination* »¹⁵⁹.

L'OMS a émis des recommandations évoquant la nécessité de revoir l'intérêt de certaines pratiques obstétricales et d'en restreindre l'utilisation, insistant sur l'importance de la participation de la patiente dans la prise de décision quant à ces

¹⁵⁸ CREDIF/UNFPA (2017) . Evaluation de la qualité de la prise en charge des femmes victimes de violence dans la région du Grand Tunis, Tunis, 2017

¹⁵⁹ OMS (2014) https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/fr

pratiques. L'épisiotomie ainsi que la césarienne représentent les deux pratiques les plus largement discutées.

L'appropriation par le personnel de santé du corps des femmes et du processus de reproduction se manifeste par un traitement déshumanisant, un abus de médicalisation et une « pathologisation » d'un processus naturel ; ce qui entraîne pour les femmes une perte d'autonomie et de capacité à décider en toute liberté de ce qui a trait à leur propre corps et à leur sexualité, et porte atteinte à leur qualité de vie.

En Tunisie, très peu de travaux ont exploré le vécu de la naissance dans les structures sanitaires. Dans une enquête de satisfaction des usagers adultes en rapport avec les services de santé de la reproduction, la maternité se révèle être un espace aliénant pour les femmes qui s'y présentent pour accouchement¹⁶⁰. Selon cette étude, l'expérience de l'accouchement était négative, voire traumatisante dans 48,2% des cas. Toujours dans la même étude tunisienne, une relation significative a été mise en évidence entre certaines pratiques professionnelles et le vécu traumatique de l'accouchement.

Conclusion

La Pandémie COVID-19 a révélé la capacité de notre système de santé à gérer une épidémie en déployant les moyens et le savoir-faire des équipes sanitaires dans le dépistage et le suivi des cas. De ce point de vue, les femmes, quel que soit leur milieu social, ont bénéficié de la même manière, que les hommes, des protocoles du dépistage mis en place.

Cette pandémie nous a également révélé le rôle qu'ont joué les femmes qui sont partie prenante de la gestion de la crise à tous les niveaux, scientifique, opérationnels sur le terrain. Ce n'était pas tant du fait de leur importante représentation parmi les professionnels de la santé, mais du fait de leur formidable engagement, notamment durant la première vague de l'épidémie. Elles ont été à l'origine d'initiatives de comités ad hoc au niveau de plusieurs hôpitaux, ont levé des fonds pour les hôpitaux et ont participé activement aux campagnes d'information.

Elle nous a également révélé l'incapacité du système à anticiper les conséquences sur les soins et à organiser les services pour tenir compte à la fois des

¹⁶⁰ Dimassi K., Ben Zina B., Ksouri A. et al. « Grossesse et accouchement: Quel est le vécu des femmes tunisiennes ? », la Tunisie médicale 2020 ; Vol 98 (n°07) : 556-566

impératifs imposés par la riposte à la pandémie et de la nécessité d'organiser les soins pour répondre aux besoins de santé « non COVID-19 ». Même si nous n'avons pas encore établi le bilan du ralentissement et dans plusieurs régions de l'arrêt des prestations, nous disposons d'un certain nombre d'indicateurs sur la rupture de soins dans plusieurs services, comme le suivi des maladies chroniques, les consultations et la prise en charge des cancers, la santé reproductive et la santé mentale. Il ne s'agit là que d'indicateurs d'activités, l'impact sur l'état de santé des femmes sera connu dans des mois, voire des années.

Cette crise sanitaire inédite a mis à nu les défaillances structurelles d'un système déjà mis à mal par les turbulences des dix années de la transition politique. Durant cette interminable transition, aucune réforme n'a pu être menée, les stratégies élaborées depuis plusieurs années n'ont pas été mises en œuvre et les lois promulguées n'ont pas été appliquées.

La Constitution et les ODD constituent incontestablement une avancée dans la concrétisation des droits des femmes à la santé. Mais un fossé sépare la législation du réel. Le manque de contrôle sur les ressources, la violence sexiste, la charge de travail domestique et familial non rémunéré, des conditions de travail pénibles, sont autant de facteurs à l'origine du mauvais état de santé d'un grand nombre de Tunisiennes. Dans ce domaine, les disparités régionales et les inégalités sociales se sont aggravées. Le renoncement aux soins est désormais une réalité. Même l'accès aux mesures préventives, censées être gratuites dans les structures sanitaires publiques, est désormais marqué par les inégalités sociales. Le dysfonctionnement du système aggrave la vulnérabilité de beaucoup de femmes.

Le « Planning Familial », fleuron de la politique de la Tunisie indépendante, a été le vecteur, à plus d'un égard, du changement de la condition des femmes. La transformation de la législation exprime l'évolution de la pensée moderne qui porte sur l'avortement, ce dernier n'étant plus saisi comme une donnée strictement juridique, mais comme une donnée sociale globale, comme un fait éthique et droit humain. Or, même cet acquis semble être menacé. En effet, la Tunisie enregistre un recul, sans précédent, dans la réponse aux besoins en contraception exprimés par les femmes.

C'est un lieu commun : les moments de crise sont des moments de violence sociale. L'aggravation des violences faites aux femmes est contemporaine de la période nouvelle, mais ne doit pas être considérée comme fille de la Révolution. La montée de la violence est en lien direct avec la montée des difficultés sociales, avec

la crise économique dans laquelle se débat la société et, plus particulièrement, les classes populaires.

La Loi de lutte contre les violences faites aux femmes constitue incontestablement une avancée sur le long chemin qu'est l'éradication des violences faites aux femmes. Mais il n'est pas encore tout à fait admis dans la conscience de certains acteurs importants que les violences faites aux femmes sont des atteintes graves à leur intégrité physique et mentale et à leur dignité humaine, devant être prises en charge. C'est la chaîne des acteurs qu'il faut mobiliser, c'est leur métier qu'il faut redéfinir, ce sont leurs conditions de travail qu'il faut adapter et humaniser si nous voulons être à la hauteur des espérances ouvertes par cette Loi que nous affichons au monde.

Si la Tunisie reconnaît l'importance et l'urgence de lutter contre le fléau des temps modernes, à savoir les maladies non transmissibles comme l'obésité, le diabète, les cancers et les maladies cardiovasculaires, elle tarde à mettre en œuvre les stratégies qui ont donné leurs preuves et n'envisage toujours pas une approche basée sur les spécificités des genres.

Cette pandémie illustre bien la centralité du concept de « transition sanitaire XXIème siècle ». Elle a montré la nécessité d'intégrer les dimensions essentielles du « Système sanitaire XXIème siècle » transition épidémiologique, droits humains, inclusion et progrès technologique. La technologie n'étant pas seulement un élément de modernisation de la gestion ; elle est un élément central d'intégration des catégories sociales qui seraient, autrement, marginalisées, si ce n'est, exclues du système.

Ce sont ces avancées qui doivent inspirer et guider notre système de santé pour nous faire entrer dans un « système sanitaire XXIème siècle ».

Droit d'Accès aux Soins de Santé des Migrants en Tunisie durant la Pandémie de la COVID-19

Yasmine Akrimi

Introduction

En Tunisie, comme partout ailleurs, on ne peut parler de migration comme phénomène indifférencié. Il existe en effet des migrations, aux réalités multiples, pour la plupart dichotomiques. Concernant l'accès au droit à la santé et sa prise en charge, la différence essentielle entre les migrants présents en Tunisie réside dans leur statut : se trouvent-ils dans une situation régulière ou irrégulière ?

Ainsi, les travailleurs migrants détenant un titre de séjour peuvent faire le choix de l'affiliation à une assurance privée, nationale ou internationale. Plusieurs conventions bilatérales existent également entre la Tunisie et des pays comme la Libye, la France¹⁶¹ ou la Belgique¹⁶², intégrant les citoyens des pays mentionnés sous le régime de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), à travers des partenariats entre des assurances étrangères et ladite caisse. De même, les étudiants étrangers sont assimilés aux étudiants tunisiens en matière de couverture de santé lors de l'inscription dans un établissement d'enseignement supérieur, public ou privé. Concernant les migrants irréguliers, ceux-ci sont considérés comme patients payants, ne pouvant pas bénéficier d'une couverture sociale.¹⁶³ Cette catégorie est dépendante de l'assistance humanitaire des associations et organisations, nationales et internationales, et de la société civile.

Cette dichotomie juridique a pour corollaire une division socio-économique. Ainsi, les plus privilégiés sont évidemment les migrants occidentaux,

¹⁶¹ shorturl.at/wBFU9

¹⁶² <https://tunisia.diplomatie.belgium.be/fr/services-consulaires/securite-sociale>

¹⁶³ ONFP/OIM, Évaluation de base des vulnérabilités socioéconomiques et sanitaires des migrants pour un accès effectif aux services de santé en Tunisie, 2016.

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 socio-économiques 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 de la trinité 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 de troubles psychologiques souvent non traités. En somme, ils ne bénéficient d'aucune protection institutionnelle. Plusieurs d'entre eux **sont** 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. Les migrants reconnus comme réfugiés sont pris en charge sur le plan sanitaire 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 pays¹⁶⁴, les migrants irréguliers vivent majoritairement dans des logements surpeuplés, occupent des postes précaires et ont un accès limité, et souvent mal-informé, aux services de santé. Leurs conditions de vie ne leur permettent pas de suivre les consignes de santé publique telles que l'auto-isolement ou le confinement.¹⁶⁵ Ils n'ont, de plus, pas eu le droit aux aides financières octroyées par le gouvernement tunisien durant le premier confinement prolongé.

1. Limitations

¹⁶⁴ PNUD, Impact économique du COVID-19 en Tunisie : Analyse en termes de vulnérabilité des ménages et des micros et très petites entreprises, 2020.

¹⁶⁵ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30791-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30791-1/fulltext)

Cette analyse s'est confrontée à un problème récurrent auquel font face chercheurs et chercheurs en sciences sociales travaillant sur la Tunisie, à savoir l'absence quasi-totale de statistiques. Dans le cas présent, il n'existe aucun chiffre officiel concernant l'accès à la santé des migrants en Tunisie, qu'ils soient en situation régulière ou irrégulière. Il y a également peu de recherches sur le sujet dans le contexte tunisien. La principale étude sur l'accès aux soins de santé des migrants en Tunisie date de 2016¹⁶⁶, bien avant l'enclenchement de la crise sanitaire. Nous avons également eu accès à une étude à paraître sur la santé mentale des migrants présents en Tunisie durant la pandémie.

2. Le Cadre légal de l'accès à la santé des Migrants en Tunisie

La situation des migrants en Tunisie est, d'emblée, compliquée d'un point de vue légal. Tout d'abord, la distinction classique entre migrants économiques et personnes ayant droit à une forme de protection n'existe pas dans la loi tunisienne. Bien que la Constitution de 2014 ait inscrit le droit d'asile dans son article 26, et bien que la Tunisie ait ratifié en 1957 la convention de 1951 relative au statut des réfugiés, aucune loi n'est venue concrétiser ce droit. Aux yeux de l'État, toute personne étrangère présente régulièrement sur le territoire est soit un travailleur, soit un étudiant.

En Tunisie, la gestion migratoire se fait principalement selon une logique sécuritaire. La migration irrégulière est ainsi criminalisée. Elle est assimilée depuis le règne de Ben Ali au terrorisme et au crime organisé. La loi organique relative aux passeports et aux documents de voyage de 2004, ayant modifié et complété la loi de 1975, est le principal texte de loi en la matière. Celui-ci est non seulement utilisé pour punir les passeurs, mais également les migrants eux-mêmes et les associations leur venant en aide. Ainsi, un migrant irrégulier n'a nulle possibilité de régulariser sa situation et obtenir un titre de séjour.

En rapport immédiat avec notre étude, l'article 25 de la loi n° 1968-0007 du 8 mars 1968 relative à la condition des étrangers et son décret d'application, en plus de la loi de 2004 susmentionnée, n'opèrent nulle distinction entre les passeurs et les bénévoles apportant une aide humanitaire aux migrants, y compris les professionnels de la santé et donc, les soins médicaux. Ces professionnels sont en

¹⁶⁶ ONFP/OIM, Évaluation de base des vulnérabilités socioéconomiques et sanitaires des migrants pour un accès effectif aux services de santé en Tunisie, 2016.

principe tenus d'informer les autorités de la situation irrégulière du migrant et de l'endroit où il se trouve, au risque de faire l'objet de poursuites pénales.

En parallèle, l'article 38 de la Constitution de 2014 maintient une position floue sur la question de l'accès aux soins des populations migrantes. Ainsi, il dispose que « *tout être humain a droit à la santé* ». Néanmoins, en Tunisie, ce droit n'est garanti que pour les citoyens: « [L]'État garantit la prévention et les soins de santé à *tout citoyen* et assure les moyens nécessaires à la sécurité et à la qualité des services de santé ». Toutefois, le même article précise que « l'État garantit la gratuité des soins pour *les personnes sans soutien ou ne disposant pas de ressources suffisantes* ».

Au niveau des textes de loi ayant précédé la Constitution, la loi de 1991 relative à l'organisation sanitaire dispose que « *toute personne* a le droit à la protection de sa santé dans les meilleures conditions ». Son article 34 prévoit que « les structures sanitaires publiques sont ouvertes à *toutes les personnes* dont l'état de santé requiert leurs services. Les malades hospitalisés ou subissant des examens dans les consultations externes sont soignés soit à titre gratuit soit à titre payant ». Cet article implique, du moins, une non-discrimination sur la base de la nationalité ou d'un titre de séjour.

Ceci est appuyé par la procédure pratique d'admission prévue dans le manuel de gestion hospitalière du ministère de la santé quant aux documents à fournir lors de l'enregistrement pour une hospitalisation. Ce manuel ne prévoit que la présentation d'un document d'identité, excluant *de facto* le requis de régularité de la situation du migrant. De même, s'agissant de maladie transmissible, la loi de 1992 relative aux maladies transmissibles, prévoit que « [n]ul ne peut faire l'objet de mesures discriminatoires à l'occasion de la prévention (...) d'une maladie transmissible ». Enfin, l'article 5 de la loi sur l'organisation sanitaire de 1991 prévoit que « les structures et établissements sanitaires publics et privés doivent fonctionner dans des conditions qui garantissent les *droits fondamentaux* de la personne humaine et la sécurité des malades qui recourent à leurs services ».¹⁶⁷

Il n'y a donc aucun texte de loi ou disposition juridique, à l'exception de la circulaire 16/2000 relative à l'accès au traitement antirétroviral gratuit, qui exclut les étrangers de l'accès aux soins. Néanmoins, il n'y a pas non plus un texte qui inclut explicitement ces étrangers dans l'accès aux soins médicaux. Le fait de ne pas

¹⁶⁷ Tous les italiques sont de l'auteure.

mentionner clairement le droit d'accès à la santé des migrants dans la législation tunisienne demeure une barrière pour l'accès aux soins, et ce en dépit des efforts de conscientisation répétés de la société civile.

3. Absence de stratégie étatique claire

En Tunisie, l'accès aux soins des personnes migrantes vulnérables, souvent synonyme d'irrégulières, se fait principalement à travers les organisations de la société civile, et au cas par cas. Cela l'Etat n'a mis au point signifie 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 engendre une confusion chez les professionnels de la santé ainsi que chez les migrants eux-mêmes, et en l'absence de visibilité de ces derniers. Un exemple emblématique depuis le déclenchement de la crise sanitaire liée au coronavirus en Tunisie concerne la communication des consignes de prévention qui n'a été faite qu'en arabe, excluant *de facto* les migrants non-arabophones.

Durant le confinement, les demi-mesures étatiques ont été de mise. Ainsi, et malgré une forte mobilisation de multiples acteurs de la société civile et un appel¹⁶⁸ lancé en avril 2020 par un groupe d'associations dont le Forum tunisien pour les droits économiques et sociaux (FTDES), aucun plan national n'a été mis en place, ne serait-ce que pour informer les communautés migrantes présentes en Tunisie des développements liés à la pandémie et des permanences d'accès aux soins de santé et autres services de prévention disponibles afin de permettre un endiguement plus efficace de la propagation du virus.

De même, l'État a annoncé, parallèlement au confinement, la suspension de la date de fin des visas et des amendes y afférent, mais aucune procédure de régularisation n'a été lancée, malgré les appels de la société civile¹⁶⁹. Cela aurait permis aux migrants irréguliers de recourir aux professionnels de la santé sans peur d'être dénoncés ou déportés. Dans la même lignée, la demande principale de la grève de la faim entamée par des migrants détenus à *El Ouardia* n'a pas été écoutée par les autorités. En effet, environ 31 migrants du centre ont refusé de se nourrir pendant deux semaines pour protester contre les soins médicaux insuffisants,

¹⁶⁸ shorturl.at/bfsAS

¹⁶⁹ shorturl.at/mnxCG

l'insalubrité et le manque de mesures préventives, tous liés au COVID-19. Les autorités tunisiennes ont ainsi refusé de les libérer.¹⁷⁰

Ce sont des organisations telles que Médecins du Monde (MdM), Tunisie Terre d'Asile, FTDES ou le Comité International de la Croix Rouge qui ont mis en place des campagnes de sensibilisation aux droits des migrants à destination des professionnels de santé, des études sur le terrain, des consultations et des permanences de santé. Comme rapporté par la responsable du pôle protection de MdM mission Tunisie, il était courant pour les professionnels de la santé dans les hôpitaux publics de refuser des soins à un migrant en situation irrégulière avant les campagnes de sensibilisation conduites par la société civile, en méconnaissance du droit à la santé des étrangers. Ceci indique une faille dans la formation de ces professionnels qui ignorent qu'il ne faut pas détenir une carte de séjour pour pouvoir se soigner en Tunisie.

Ainsi, selon les chiffres de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), 13 000 migrants, de toutes origines et résidant partout en Tunisie, ont fait appel à l'organisation depuis le déclenchement de la crise sanitaire.¹⁷¹ Ce sont également les associations de la société civile qui initient régulièrement des partenariats avec les différentes institutions concernées de l'État (ministère de la santé, ministère des affaires sociales, ministère des affaires locales, hôpitaux, ...) afin de permettre aux migrants sans couverture de santé de se soigner. Ce travail se fait en étroite collaboration avec des associations dites communautaires (e.g. Afro Planete, association pour le leadership africain), afin de mieux disséminer l'information.

Les communautés de migrants se sont également organisées durant la pandémie sous forme d'actions d'entraide telles que les initiatives « cellule solidarité africaine COVID-19 » et « la Tunisie africaine aide les subsahariens en Tunisie »¹⁷², mises en place par les communautés subsaharienne et tunisienne durant le confinement, et réunissant plusieurs associations et bénévoles dans le but de distribuer de la nourriture aux milliers de familles subsahariennes ayant perdu tout moyen de subsistance. Les institutions de l'État se sont contentées de lancer des appels à la solidarité pour les migrants en détresse, à l'exemple de la municipalité de

¹⁷⁰ shorturl.at/bqwA0

¹⁷¹ <https://www.rfi.fr/fr/podcasts/20200730-tunisie-l-impact-covid-19-les-migrants-44>

¹⁷² <https://nawaat.org/2020/04/23/confinement-la-detresse-des-migrants-subsahariens-en-tunisie/>

La Marsa. Même le travail de regroupement des initiatives disponibles a été fait par la société civile.¹⁷³¹⁷⁴

L'État a mis en place un groupe de travail composé de représentants du ministère de la santé, du ministère des droits de l'Homme, des instances constitutionnelles et de membres de la société civile dans le dessein de discuter des initiatives entreprises par la société civile à l'amorce de la crise. Les recommandations formulées ont ensuite abouti à la rédaction d'un formulaire permettant à la société civile de prendre part aux actions.¹⁷⁵

4. Pandémie, *Homo Sacer* et l'obscène inclusion

En temps de crise particulièrement, il est utile d'observer qui le pouvoir régalien décide d'inclure dans son champ de protection, et qui il considère comme susceptible d'être sacrifié. Cette tendance à maintenir des franges entières de la population dans l'irrégularité, et donc dans une extrême vulnérabilité, rappelle la notion d'*Homo Sacer*, « l'homme maudit », du philosophe italien Giorgio Agamben.¹⁷⁶

Concept repris du droit romain, *Homo Sacer* fait référence à une personne placée hors de tout cadre légal, et qui pourrait donc être tuée en toute impunité. La « vie nue » du migrant clandestin est une illustration de sa catégorisation en tant que « détritrus », personne à qui l'on refuse ses droits fondamentaux et qui n'a nul moyen de les revendiquer. Kumar Rajaram et Carl Grundy-Warr¹⁷⁷ soutiennent que l'état d'exception dans lequel est placé le migrant en situation irrégulière n'est pas une anomalie dans le fonctionnement des États-nations, mais le fondement même de leur existence. Par leur catégorisation en tant que « parias », les migrants en situation irrégulière contribuent à renforcer les frontières politiques d'une nation et à assurer la cohésion nationale.

Agamben considère la politique comme une dualité perpétuelle de processus d'inclusion et d'exclusion. La politique détermine ceux que le souverain

¹⁷³ shorturl.at/ioLOV

¹⁷⁴ shorturl.at/ilpxj

¹⁷⁵ shorturl.at/koN26

¹⁷⁶ Giorgio Agamben, *Homo Sacer: Sovereign Power and Bare Life*, 1998.

¹⁷⁷ Prem Kumar Rajaram and Carl Grundy-Warr, "The Irregular Migrant as Homo Sacer: Migration and Detention in Australia, Malaysia, and Thailand.," *International Migration*, vol. 42, no. 1, 2004, pp.33–64.

représente et protège, et ceux qui sont maintenus en dehors de ces considérations. Cela lui permet d'affirmer et de maintenir son pouvoir. La catégorie de personnes qu'il perçoit comme menaçant sa souveraineté est légalement, et parfois, physiquement, exclue de ce qu'il considère comme la « norme ». Ceux qui ne sont pas protégés par la loi souveraine sont confinés dans ce qu'Agamben appelle des « zones d'exemption » - des lieux d'exception légale où les lois sont soit non appliquées, soit l'on applique une certaine catégorie de législations répressives.

L'État fait ici une distinction entre « l'être humain politisé », celui que le pouvoir souverain comprend et vise à intégrer dans une de ses catégories juridiques, et le « détritrus », ou ce que Schütz¹⁷⁸ appelle « celui qui n'est plus humain ». L'État moderne définit la population qui se trouve sous sa juridiction. Les exclus sont non seulement perçus comme une menace pour la cohésion interne, mais aussi comme une légitimation de l'existence du pouvoir souverain. Il faut garder à l'esprit que les États-nations modernes sont une construction qui a réussi à rassembler des groupes disparates de personnes sous le parapluie d'une nation imaginée, sur la base d'une construction narrative

Ainsi, « celui qui n'est plus humain » représente à la fois une menace pour l'État souverain et une nécessité pour sa permanence. La rencontre avec « l'Autre » met en lumière, par son hétérogénéité, l'homogénéité intérieure et l'existence de cet « Autre » au-delà du cadre juridique de l'État. Il vient rappeler que l'État-nation est une construction fragile. Pourtant, « l'Autre » est intrinsèquement lié à la légitimité de l'État car son indiscipline sert à définir la norme. C'est là un paradoxe. Le concept même d'État-nation est fondé sur la délimitation des frontières. En excluant les « zones d'exception » de la norme, le souverain brouille la ligne entre l'intérieur et l'extérieur, car l'exclusion est, en soi, un acte souverain.

C'est ce que De Genova appelle « l'obscène de l'inclusion ».¹⁷⁹ Il lie « l'illégalité » des migrants à des intérêts sociopolitiques plus larges qui, par le biais de discours d'exclusion, contribuent à transformer l'acte irrégulier initial des migrants qui franchissent les frontières en un état d'irrégularité perpétuelle. Ainsi sont-ils inclus par le biais de l'exclusion.

¹⁷⁸ Theodore W. Schultz, "Investment in Human Capital." *The American Economic Review*, vol. 51, no. 1, 1961, pp. 1–17.

¹⁷⁹ Nicholas De Genova, "Spectacles of Migrant 'Illegality': The Scene of Exclusion, the Obscene of Inclusion," *Ethnic and Racial Studies*, vol. 36, no. 7, 2013, pp. 1180–98.

5. Déterminants socioéconomiques et santé des Migrants en Tunisie

Le rapport de 2016 susmentionné est parvenu à la conclusion que, hormis les migrants européens, les autres migrants résidant en Tunisie, peu importe leur statut socio-économique, ont vu leur santé psychique et physique se détériorer après leur installation dans le pays. Ceci peut s'expliquer par deux facteurs interdépendants : 1. Le manque de ressources financières 2. Le manque d'accès à l'information. Le vécu pré-migratoire de certains migrants, en particulier les migrants subsahariens et libyens, en plus du voyage migratoire en soi, sont également des facteurs aggravants. La littérature a depuis longtemps établi un lien entre la dégradation de l'état de santé des migrants et certains déterminants socio-économiques dont principalement la vulnérabilité financière, le chômage et un faible niveau de qualification. Ces déterminants se retrouvent majoritairement chez les migrants irréguliers. Ainsi, pendant le confinement, une grande majorité des migrants les plus précaires, souvent en situation irrégulière, a perdu toute ressource financière. Un nombre écrasant de migrants irréguliers sont des travailleurs journaliers dans des secteurs de contact tels que le bâtiment, l'agriculture, le travail domestique ou la restauration.

De plus, certaines barrières à l'accès aux soins de santé dans le pays d'accueil contribuent à cette dégradation. Le premier facteur est celui du statut juridique conditionnant l'accès aux services de soins. Cette limitation obéit souvent à une logique de préférence nationale, omniprésente dans la législation tunisienne, qui estime qu'il serait trop coûteux de faire bénéficier les non-nationaux de l'effort de solidarité nationale des contribuables, l'État n'étant par ricochet responsable que de ses citoyens.

Le second facteur est celui des informations disponibles quant à l'accès aux soins médicaux. Comme mentionné auparavant, cette ignorance ne vient pas que des migrants – ayant souvent reçu pas ou peu d'informations quant aux services dont ils peuvent se prévaloir – mais également des professionnels de santé qui, même s'ils se trouvent dans un pays qui permet aux migrants l'accès aux soins de santé, ne le savent pas forcément et peuvent donc entraver la jouissance de ce droit.

La barrière linguistique est également un obstacle majeur, autant pour comprendre les consignes de prévention en temps de pandémie que pour obtenir des informations sur les lieux de dispensation de soins, décrire correctement ses

symptômes ou appliquer les recommandations du médecin. S'ajoutent à cela la barrière culturelle ainsi que les pratiques discriminatoires sur base ethnique, de couleur de peau, de genre, de religion, etc.

6. Santé mentale, capital social et disparités entre différentes catégories de Migrants

La migration entraîne souvent la perte, ou du moins l'interruption, du capital social du migrant, à savoir les liens, les contacts et les relations interpersonnelles qui constituent l'environnement social d'une personne. Ce capital est d'autant plus important pour des personnes ayant été confrontées à des situations humainement éprouvantes telles que l'exploitation, la détention et autres formes de violence. Les conditions juridiques, sociales et économiques en place dans le pays d'accueil sont ainsi cruciales dans le bon déroulement du processus migratoire.¹⁸⁰ Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la lutte contre l'isolement et la promotion de l'intégration sont des enjeux fondamentaux.¹⁸¹ Cela passe non seulement par une reconnaissance juridique de tous les êtres humains présents sur un territoire donné, mais également l'acceptation, par la société d'accueil, de la continuité de l'identité sociale du migrant. Aussi, être exclu, ostracisé ou discriminé affecte l'estime de soi et l'équilibre psychosocial du migrant, un phénomène observable en Tunisie à travers la triptyque racisme/irrégularité du statut légal/isolement auxquels ont été confrontés certains migrants durant la pandémie.

Selon une étude¹⁸² menée par Dr. Imen Ben Abid en coopération avec MdM sur la santé mentale des migrants subsahariens en Tunisie durant la pandémie, 85% des personnes interrogées, majoritairement des femmes, ont perdu leur travail suite au confinement. 88,1% des participants à l'étude ne disposaient d'aucun revenu et seulement 5,3% ont maintenu le même revenu pré-pandémie. Ces données sont confirmées par l'étude de l'OIM susmentionnée qui montre que les migrants ayant fui une situation de conflit ou de guerre (Libye, Syrie, Afrique subsaharienne) présentent des troubles psychologiques plus importants en comparaison aux autres migrants de l'étude. Beaucoup présentent des signes de psycho-traumatismes et de dépression de par les scènes de violence vécues et la perte du travail. De même, les jeunes migrants subsahariens ayant participé à l'étude ont rapporté un mal-être

¹⁸⁰ shorturl.at/xDN45

¹⁸¹ WHO, Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants, 2018. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/386563/mental-health-eng.pdf%3Fua%3D1

¹⁸² Thèse de médecine non encore publiée.

imputé à la discrimination raciale. Le statut de migrant irrégulier est également source d'anxiété.

Par contraste, les migrants européens ont rapporté des formes de stress résultant de la circulation routière ou d'un certain « incivisme » perçu dans les espaces publics. Cela dénote du contraste conséquent entre les différents vécus migratoires en Tunisie, ainsi que les profondes inégalités Nord/Sud en matière de migration. Néanmoins, il existe un dénominateur commun entre tous les migrants : la perte du soutien familial. Ce facteur a sûrement été aggravé par l'effet isolant du confinement et la fermeture, pendant plusieurs mois, des frontières internationales.¹⁸³

Conclusion

L'accès des migrants présents en Tunisie au droit à la santé, sa prise en charge et sa qualité, dépendent principalement du statut juridique de la personne ainsi que de facteurs socio-économiques. Ainsi, la précarité dans laquelle évoluent les migrants irréguliers est accrue par leur non-inclusion dans un programme de couverture de santé, leur crainte d'être dénoncés en consultant, et leur dépendance à l'aide humanitaire quand elle est disponible. La préférence nationale adoptée par l'État tunisien post indépendance en matière migratoire s'étend donc également à la santé.

Peu de données sont disponibles concernant la pratique du droit à la santé des migrants depuis le début de la pandémie de la COVID-19 en Tunisie. Nous savons qu'un nombre conséquent de migrants, réguliers et irréguliers, a perdu tout moyen de subsistance du jour au lendemain, et que ces migrants n'ont pas eu droit aux aides financières annoncées par l'État pendant le confinement ayant débuté le 22 mars 2020. Cela implique que beaucoup d'entre eux n'ont eu ni les moyens de consulter, ni d'acheter de médicaments pendant de longues semaines.

Nous savons également qu'un large réseau de solidarité s'est mis en place, composé d'organisations internationales, d'associations locales et communautaires et de simples citoyens. Ce réseau a permis à des centaines de familles de migrants de se nourrir, mais pas d'obtenir de liquidités.

¹⁸³ ONFP/OIM, Évaluation de base des vulnérabilités socioéconomiques et sanitaires des migrants pour un accès effectif aux services de santé en Tunisie, p. 49.

Nous savons également que l'insalubrité et l'étroitesse des logements qu'occupent beaucoup de migrants en situation précaire ne permettent ni de respecter les gestes barrières ni l'auto-confinement. Des études précédentes avaient déjà établi un lien entre la mauvaise alimentation, l'humidité, le manque d'étanchéité et d'aération d'un logement et la dégradation de la santé physique d'une personne. Un lien a également été établi entre la solitude, la marginalisation, la crainte de poursuites judiciaires, d'emprisonnement et de pénalités et les troubles de la santé mentale.¹⁸⁴ Tous ces facteurs, déjà omniprésents dans la vie d'un migrant irrégulier, se sont sûrement aggravés depuis le début de la crise sanitaire.

¹⁸⁴ *Ibid*, p. 53.

COVID 19 et la femme rurale en Tunisie : Regard sur les formes d'exclusion sociale

Faten Mbarek

Il nous semble que la féminisation de la pauvreté n'est pas seulement un phénomène dû à un revenu insuffisant, mais il est aussi le résultat d'une privation fondée sur la médiocrité des choix, des opportunités et, d'une manière générale, de l'inégalité dans ses différentes dimensions. La COVID a permis de découvrir l'usure d'une structure sociale, économique et surtout sanitaire qui a aggravé l'inégalité spatiale poussant les catégories marginalisées, dont les femmes rurales, à s'accommoder avec l'aggravation de l'exclusion sociale pour pouvoir vivre.

Dans ses analyses relatives aux conséquences de la COVID, Alain Touraine écrit « le monde n'est plus ce qu'il était dans la mesure où il ressent aujourd'hui la peur ». C'est à partir de cette citation que nous nous pencherons sur la question de la vie de la femme rurale en Tunisie pendant la COVID. Est-il vrai que son monde n'est plus ce qu'il était ? Est-ce que l'aggravation des formes d'exclusion a davantage nui à sa situation ? Et est-ce que la femme rurale ressent réellement de la peur ou bien s'est-elle accommodée avec l'exclusion sociale au sein d'un système qui la justifie contribuant ainsi à l'approfondissement de la crise de l'inégalité sociale dans une société pleine de risques ?

Introduction

Nous commençons notre analyse de la réalité du vécu quotidien de la femme rurale en Tunisie au temps de la COVID par le principe qui considère les sociétés comme vivant sous le joug d'une peur unique. « Dans ce monde imbriqué par les technologies de communication, le présent est devenu commun à l'ensemble de l'humanité c'est-à-dire à tous les groupes raciaux et religieux, à tous les peuples. Ainsi, chaque peuple est devenu voisin d'un autre ; de même que chaque crise se déroulant dans n'importe quel coin du globe s'étend rapidement pour toucher tous

les peuples de la terre¹⁸⁵ ». C'est comme cela que nous apparaît la réalité de toutes les couches fragiles de par le monde et qui partagent, pour la première fois avec les autres couches sociales, une réalité que l'on peut décrire comme « incertaine ». En effet, et depuis l'annonce de l'extension du virus de la COVID, que le monde ignore, nous sommes actuellement (c'est-à-dire le monde entier), devant une société du risque. « Elle souffre d'horribles problèmes allant des accidents de la route à la criminalité sous toutes ses formes jusqu'au problème de l'addiction aux drogues et à tous les poisons, à la détérioration des produits alimentaires, à la propagation des maladies et des épidémies, à la pollution de l'environnement ou aux problèmes du chômage, de la pauvreté et de tous les phénomènes pathologiques graves qui menacent la sécurité de la société. Toutes les couches de la société, y compris celles au sommet de la hiérarchie sociale, ressentent cette menace, et la peur et l'inquiétude se sont emparées de tous sur leur présent et sur leur avenir¹⁸⁶ ».

Cette égalité provisoire s'est formée en cette période globalisée grâce aux réseaux de communication sociale qui ont introduit dans l'esprit et dans l'inconscient des décideurs du monde une sorte d'égalité. Cependant, « ce présent commun réel ne se fonde pas sur un passé commun et ne garantit en aucune façon un futur commun. Car le monde est uni de manière involontaire, sans vote ni accord, laissant apparaître clairement les contradictions entre les cultures et l'histoire des peuples, surtout dans l'appréciation des risques mondiaux et de la manière de les approcher. Il devient donc de plus en plus difficile de distinguer de manière claire et résolue entre l'hystérie et la politique de la peur ciblée d'un côté, et la peur et l'attention appropriées d'un autre côté.¹⁸⁷ »

En réalité, ce monde vécu nous renvoie au monde réel qui permet à d'autres vérités différentes et choquantes d'exister. Mais, il s'agit de vérités qui nous renvoient toujours à la vérité première constituée par la vie quotidienne de la femme rurale et la recherche en dehors de ce vécu et du système de justification à travers lequel se forme un ensemble de structures et de relations. Les parties au jeu social ne peuvent pas le saisir tel qu'il est pratiqué par les acteurs qui peuvent soumettre la société à une situation de stupéfaction et d'impuissance comme cela se produit aujourd'hui en Tunisie. Un système justificatif est ainsi fondé par un pouvoir

¹⁸⁵ Ulrich Beck, la société mondiale du risque, Recherche sur la sécurité introuvable, traduction Alaa Adel, Hend Ibrahim, Bassent Hassen, Centre National de Traduction, 2013, p.38

¹⁸⁶ Anthony Giddens, la sociologie, traduction de Fayez Sayegh, 1^{ère} édition, centre des études de l'unité arabe, Beyrouth, 2005, p.141

¹⁸⁷ Ibid p.38

impuissant, incapable, et au discours délirant, sur une réalité de la femme rurale où se façonne son vécu quotidien « sur la base de relations formées par des personnes et des choses.»¹⁸⁸

1. Introduction méthodologique

Ce papier sera divisé en deux parties importantes :

1^{ère} partie : Elle sera une sorte de lecture de la réalité de la société tunisienne pendant l'épidémie de la Covid, la façon dont a été traitée la situation sanitaire dans le pays sur le plan politique et sur le plan sanitaire, et ce qui a poussé la société tunisienne de passer d'une construction sociale à une autre plus complexe qui a laissé apparaître des formes d'exclusion sociale plus profondes qu'auparavant.

Quant à la 2^{ème} partie, elle sera consacrée à une analyse de la réalité de la femme rurale à travers des témoignages réels des ouvrières agricoles de la région de Sidi Yaich dans la ville de Gafsa après la levée du confinement sanitaire en mai 2020. Il est important de présenter les témoignages des ouvrières agricoles afin de « comprendre la structure des décideurs dans la confection de leur discours. Car il est important de connaître la manière utilisée par les décideurs pour construire et coordonner leurs opinions afin de situer leur place dans l'espace social public qui regroupe l'ensemble des acteurs sociaux, leurs pratiques et leurs discours. Il est possible que certains entretiens puissent être proches des biographies et de la vie des acteurs impliqués¹⁸⁹ ».

2. Aspects sur les moyens de subsistance des tunisiens pendant la COVID

2.1. Le discours politique en Tunisie : de l'aggravation des inégalités dans la lutte contre la COVID

¹⁸⁸ Faten Mbarek, la femme rurale en Tunisie, Recherches dans le vécu, site Mominoun sans frontières, <https://www.mominoun.com/articles/%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B1%D8%A3%D8%A9-%D8%A7%D9%8>

¹⁸⁹ Faten Mbarek, Yassine Glalou, les expressions des jeunes et la démocratie artistique, études comparées de musiques de la rue après 2011 entre la Tunisie et le Maroc, Les mots qui passent, éditions association nachaz, Tunis 2020, pp.22-23

La thèse de Michel Foucault¹⁹⁰ sur la relation de la maladie avec le pouvoir part du fait que le « biologique » est intimement lié à l'appareil du pouvoir, que le système social est présent à travers le corps physique, et que le politique intervient dans le sanitaire. La production de n'importe quelle représentation politique autour de la maladie est liée inévitablement à la nature des divisions sociales qu'elle crée. On ne peut l'assimiler ou la comprendre que si on l'élimine ou on la lie à d'autres problèmes qui lui sont antérieurs. Ces divisions sont apparues clairement en Tunisie à travers le traitement de l'épidémie de la COVID par le discours politique officiel et avec la crise sociale et économique dont les traits sont devenus évidents. Cette situation a poussé les autorités tunisiennes à prendre des mesures immédiates qui se sont résumées au début par l'annonce le 22 mars 2020 par le gouvernement tunisien d'un confinement sanitaire total dans un communiqué publié par la présidence du gouvernement suite à une réunion du Conseil de la sécurité nationale tenue le vendredi 20 mars 2020. Ainsi le confinement total entré en vigueur à partir du dimanche 22 mars 2020 à partir de 6h00 du matin et cela jusqu'au 07 avril 2020. Dans ce communiqué, le gouvernement a exclu de ces mesures, « les travailleuses et travailleurs dans les secteurs public et privé dans les domaines de l'alimentation, de la santé, de l'administration, de la justice, de l'énergie, de la sécurité, de l'eau, du transport, des communications, de l'information, de la propreté et des activités industrielles vitales¹⁹¹».

Ce communiqué officiel des autorités comprend plusieurs exceptions au confinement dont les travailleuses dans le domaine alimentaire où la participation de la femme rurale est prépondérante. A travers son travail dans les champs, elle contribue à garantir d'une façon informelle dans un secteur considéré comme « un des piliers de l'économie tunisienne représentant 9% du PIB et offrant 16% des chances d'emploi. Il se fonde essentiellement sur la force de travail féminine puisqu'il accueille environ un demi-million de femmes soit 43% des femmes actives dans le milieu rural, et dont 32,5% sont salariées dans le cadre du travail non structuré dans des domaines agricoles ou dans de grandes exploitations¹⁹²».

¹⁹⁰ Michel Foucault, histoire de la folie à l'âge classique, traduction de Said Benkrad, centre de culture arabe, 1^{ère} édition, 2006.

¹⁹¹ Site Hakaek online, consulté le 4 février 2021,

<https://www.hakaekonline.com/article/117016/%D8%B9%D8%A7%D8%AC%D9%84>

¹⁹² Faten Mbarek, la femme rurale en Tunisie, le travail non structuré et la problématique de la féminisation, 16.02.2020,

<https://assafirarabi.com/ar/29156/2020/02/16/%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B1%D8%>

Ainsi, la femme rurale, et malgré son poids démographique dans ce secteur, n'a pas bénéficié dans le discours politique tunisien de mesures spéciales qui pourraient la protéger de l'épidémie de la COVID et lui garantir, en même temps, le droit à la vie. Ces mesures préventives ont contribué à l'approfondissement de l'exclusion sociale de toutes les couches fragiles en Tunisie, et surtout la femme rurale.

2.2. La santé en Tunisie : l'approfondissement de l'inégalité

Le rapport de « l'Association Oxfam »¹⁹³ et du « Development Finance International » a souligné que la majorité des pays ne sont pas du tout outillés pour faire face à l'épidémie de la COVID à cause de la réduction de leurs dépenses dans le domaine de la santé publique, de la faiblesse du système de protection sociale et de la détérioration des droits des travailleurs. Ainsi, Oxfam a choisi de considérer ce virus comme « le virus de l'inégalité »¹⁹⁴ pour montrer la responsabilité des autorités et de leurs politiques dans la dégradation du système de santé publique à travers l'indice de l'obligation de lutter contre les inégalités.

158 pays ont été classés selon cet indice et en fonction de leurs politiques dans les domaines des services publics, de la fiscalité et des droits des travailleurs qui figurent parmi les domaines essentiels pour réduire les inégalités et lutter contre l'épidémie de la COVID. En s'appuyant sur cet indice, la Tunisie a été classée à la 48^{ème} place sur 158 pays. En revanche, elle occupe la 94^{ème} place en fonction du critère des dépenses publiques prévues dans le budget général dans les secteurs de l'éducation et de la santé qui se sont considérablement réduites depuis 2011 passant de 26,6% à 17,7% dans l'éducation et de 6,6% à 5% dans la santé. En ce qui concerne la santé, la Tunisie a été classée parmi les pays qui dépensent le moins dans ce secteur puisqu'elle occupe la 146^{ème} place c'est-à-dire parmi les 13 derniers pays, ce qui signifie que le quart des habitants ne bénéficie pas d'une couverture sanitaire totale. C'est ainsi que ce rapport a placé la Tunisie parmi les pays les moins concernés

¹⁹³ - https://www.facebook.com/Oxfam/?ref=page_internal, Nous pensons que l'inégalité est loin d'être inévitable. C'est un choix politique et les gouvernements ont des pouvoirs considérables pour réduire l'écart entre les riches et les pauvres dans leur pays. Singapour est l'un des pires paradis fiscaux du monde et n'arrive pas à #FightInequality. Découvrez où votre pays se classe sur l'indice d'inégalité à <http://inequalityindex.org> (En partenariat avec Development Finance International)

¹⁹⁴ Rapport d'OXFAM https://oi-files-cng-prod.s3.amazonaws.com/arabic.oxfam.org/s3fs-public/file_attachments/pdf

par le domaine de la santé d'un double point de vue : celui des dépenses et celui de l'engagement.

L'inégalité ne constitue pas seulement une erreur commise par les autorités en Tunisie mais il s'agit d'une source de danger comme cela a été démontré dans le rapport des Nations-Unies sur le développement humain de 2019¹⁹⁵ qui peut alimenter la haine et l'extrémisme, sape les fondements du développement global et durable de la société, et, inflige un grave dommage à la cohésion sociale.

2.3. Les moyens d'existence quotidiens des femmes rurales en Tunisie : du renouvellement des formes d'exclusion sociale

2.3.1. Caractéristiques du quotidien de la femme rurale pendant la COVID

Il semble que les autorités en Tunisie ont renoncé à leurs engagements à l'égard de la société, ce qui a poussé les acteurs sociaux à rechercher les moyens de se préserver de la mort non seulement dans son aspect sanitaire, mais aussi dans son aspect social et matériel. C'est à partir de là que s'est formée « la culture du danger » chez les individus en fonction de ce que possède chaque individu de capital matériel, culturel et symbolique.

La « culture du danger » a fait d'eux des individus autonomes, capables de gérer leur vie et d'être responsables de leur existence y compris la préservation de leur santé et leur survie de tout ce qui peut constituer un danger ou pour exploiter toute opportunité de nature à réaliser leur prospérité future par l'adoption de décisions de consommation, d'un mode de vie et de choix dans ce contexte dangereux, et aussi pour le futur¹⁹⁶. C'est comme cela que (H.M) a décrit ce jour-là la période du confinement sanitaire qui l'a obligée à choisir entre la mort de faim ou la mort à cause d'un véhicule de transport agricole. « *Dans une vie comme la nôtre, les choix sont limités et la COVID nous a poussée à choisir la mort reportée par le destin. La faim est impie et l'Etat nous a autorisées à travailler.* » Elle poursuit, dans une allusion au communiqué de la présidence du gouvernement, « le chef du gouvernement a dit « travaillez » et en réalité, je n'attendais pas qu'il me le dise. Mon couffin est prêt depuis mon retour chez moi après une journée de labeur dans les champs. On n'a peur que du Créateur, quant à la COVID, on n'a pas peur d'elle. Il y a plus dangereux que la COVID : la faim. Ce qui a changé dans notre vie pendant le

¹⁹⁵ - <https://news.un.org/ar/story/2019/12/1045041>

¹⁹⁶ Anthony Giddins, la sociologie, ibid, p.145

confinement, c'est que le travail s'est réduit, tout comme les camions réservés pour notre transport, ce qui nous a obligé à parcourir de longues distances pour préserver les propriétaires des camions de tout danger. On changeait à chaque fois de point de départ et la COVID a aggravé nos souffrances¹⁹⁷».

Z.R a ajouté « elles ont été obligées de parcourir de longues distances pour rejoindre les camions qui les transportaient. L'Etat n'est pas clair et je ne crois pas qu'il a suffisamment compris que le problème constant des travailleuses est le transport. Dans ce cas, comment voulez-vous qu'on travaille quand ils (les responsables de l'Etat) interdisent les autorisations aux camions. Autrement dit, nous devons nous débrouiller seules face à l'interdit, et c'est ce qu'on fait en dernier lieu. La peur est devenue notre compagnon des jours difficiles au point que l'on ne ressent plus rien. Regardez-les, elles travaillent tout en pensant à assurer le pain et la semoule des repas pour leurs enfants, et au transport pour le lendemain. La COVID est leur dernier souci, et elles ne pensent guère à se protéger d'elle¹⁹⁸. »

Nous revenons ici à une question importante de notre recherche : Est-ce que la femme rurale ressent vraiment la peur ? Ou bien est-elle complice d'une situation d'exclusion d'un système qui la justifie et qui a approfondi la crise de l'inégalité sociale dans une société à risques ?

Il nous semble que la description de la vie quotidienne des ouvrières agricoles pendant le confinement montre que la situation n'a pas changé mais qu'elle est devenue plus complexe pour leur transport parce qu'elles sont obligées de travailler. Or, le principal moteur de leur travail est représenté par le transport par des camions désormais interdits de circulation, et que dans ce lot de contradictions, elles sont amenées à trouver des solutions individuelles pour vivre, indépendamment des mesures des autorités.

¹⁹⁷ HM est une femme des zones rurales de la région de Gafsa qui a 45 ans. Elle est analphabète, mariée et mère de cinq enfants. Elle s'est abstenue de nous informer sur le lieu de sa résidence. Elle travaille dans le secteur agricole depuis l'âge de 12 ans avec sa mère et sa sœur ainée. Elle ne connaît rien d'autre que l'agriculture et les travaux agricoles. Je l'ai rencontré au mois de juillet 2020 dans la région de Sidi Yaiche au moment de la cueillette des tomates. Elle a accepté de discuter avec moi au moment du déjeuner qui dure entre 15 et 20 minutes. Notre rencontre a eu lieu le 12 juillet 2020.

¹⁹⁸ ZR est une fille rurale de 30 ans, célibataire. Elle a fait des études jusqu'au baccalauréat avant d'arrêter ses études à cause de la pauvreté. Elle s'est orientée vers le travail agricole à l'instar de ses sœurs et de ses cousines. Originaire de la région de Sidi Yaiche, elle travaille dans le secteur agricole depuis 10 ans environ. Date de notre rencontre le 12 juillet 2020.

Ainsi le « virus de l'inégalité », comme décrit par Oxfam, a approfondi les niveaux d'exclusion sociale pour le féminiser. Il vient s'ajouter à la pauvreté et à la mort dans un quotidien en apparence plein de dangers, mais qui entre dans un mode de vie normal quand il s'agit de la femme rurale qui « je crois, est née pour être exclue culturellement, socialement et matériellement, et obligée en même temps de vivre pendant la COVID, après la COVID et même jusqu'au prochain virus s'il arrive... Nous sommes nées pauvres, sans aucun espoir, et le meilleur exemple est devant toi, une jeune fille rurale diplômée depuis 4 ans et sans emploi. C'est la pauvreté qui m'a poussée vers l'agriculture, le travail de ma mère, de mes sœurs et de ma grand-mère auparavant ! Je crois que nous n'avons pas le choix sinon de trouver le chemin pour vivre. Que nous a donné l'Etat pendant le confinement ? 200 dinars, et selon toi, que pourrais-je faire avec cette somme ? Rien du tout... Je suis donc sortie travailler dans l'agriculture comme je l'ai fait quatre années auparavant. Je dois me débrouiller et j'assume mes responsabilités pour le faire sans aucune relation avec les autorités ni avec les multiples mesures d'interdiction qu'elles ont édictées. On a passé toute notre vie à vivre dans l'interdit comme le disent les autorités, mais c'est notre vie...¹⁹⁹ »

2.3.2. Du renouvellement des formes d'exclusion sociale : De nouveau, le dilemme de la féminisation

Brian Barry considère que l'exclusion sociale n'est rien d'autre qu'une manière de renommer ce qu'on avait pris pour habitude de désigner comme étant la pauvreté. L'individu est socialement exclu à partir du moment où il ne participe pas aux activités essentielles de la société dans laquelle il vit. Il s'agit là d'une définition limitée et réductrice qui ne couvre pas les formes et les modes d'exclusion. Car, la non-participation peut être un choix volontaire, mais qu'en est-il de l'exclusion forcée ?

Si l'autorité dominante bénéficie généralement de la fragmentation de la société et de sa division en divers groupes pour mieux la dominer, elle la pousse à soutenir la production de systèmes idéologiques qui consacrent les aspects de l'exclusion à travers la consécration de sa légitimité et la justification de la coercition en contrepartie de la marginalisation. Elle les place dans un isolement forcé qui ne

¹⁹⁹ E.B est une jeune fille rurale âgée de 27 ans, ayant un diplôme de technicien supérieur en informatique depuis 4 années et qui travaille dans le secteur de l'agriculture depuis la fin de ses études. Date de notre rencontre le 12 juillet 2020.

leur permet pas une participation effective dans la vie publique²⁰⁰, mais cela contribue à les éloigner de diverses façons aggravant la crise de la féminisation négative en Tunisie.

A. La COVID, le virus féminisé en Tunisie

Selon les chiffres publiés par le bulletin de suivi de la COVID-19 en Tunisie du mardi 20 octobre 2020, les femmes représentent 54% des personnes contaminées par la COVID-19 contre 46% pour les hommes, soit plus de 23000 femmes sur un nombre total de 42727 cas contre 19654 cas chez les hommes. Il nous semble qu'à travers ces statistiques communiquées par le bulletin de suivi du Corona en Tunisie, le virus évolue lui aussi vers la féminisation. En effet, les femmes sont davantage susceptibles d'attraper le virus que les hommes en raison de leur plus grande présence dans l'espace public (marchés, magasins, usines, champs etc...). Nous remarquons que les mesures préventives prises par les autorités en Tunisie ont visé les espaces masculins ou les espaces où les hommes sont plus présents que les femmes comme les cafés, les stades, les salles de sport. Ainsi, la division des tâches sociales, soumise à une vision masculine, implique la présence des femmes dans l'espace public pendant le confinement sanitaire afin de répondre aux besoins domestiques ou en raison des mesures préventives décidées par les autorités en excluant certains secteurs. En raison de sa présence dans les lieux favorisant le contact où la possibilité de contamination est plus élevée soit sur les lieux de travail (usines et champs), soit dans la rue pour répondre aux besoins, la femme est plus exposée que les hommes. « Les cafés ont été fermés, les rues ont été désertées par les hommes, mais regardez vers le point le plus éloigné d'un champ, vous ne trouverez que des femmes qui travaillent du matin jusqu'au coucher du soleil. Il leur faut ensuite aller au marché pour les besoins de la maison : semoule, farine, cigarettes pour le père et le fils... Ceci n'est pas un choix mais le destin de la vie, la pauvreté et l'Etat nous ont délaissées sans notre volonté... Je ne suis pas surpris si je tombe malade du corona, moi et mes camarades parce que nous sommes quotidiennement dans la rue. Nous vivons sous la protection de Dieu, c'est tout... »²⁰¹

²⁰⁰ Cette définition est insérée au site du centre des études sur l'unité arabe : <https://caus.org.lb/ar>

²⁰¹ AD, femme de Sidi Yaiche de la région de Gafsa âgée de 55 ans, niveau scolaire 6^{ème} année primaire, mariée et mère de cinq enfants dont deux filles travaillant avec elle dans les champs après l'abandon de leur scolarité. Elle travaille dans l'agriculture depuis l'âge de 12 ans. Elle dit qu'elle a aussi vu sa mère faire le même travail, que son père était un ouvrier journalier et que sa mère a été, la

B. La violence économique renouvelée

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 logement²⁰², 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 travailler²⁰³. »

L'incertitude devient ainsi le composant essentiel de la vie quotidienne de la femme rurale, de son travail, de sa source de revenu informelle vers laquelle la pousse de façon forcée l'Etat. « Il existe un changement culturel général qui permet une autre approche de la nature, de ses rapports avec la société, et la manière de nous comprendre nous-mêmes dans nos rapports avec les autres soit le rationalisme, la sociabilité, la liberté, la démocratie, la législation et l'individualisme²⁰⁴. »

C. Du manque de reconnaissance renouvelé

Pendant le confinement sanitaire, la femme rurale a été l'un des principaux acteurs de l'activité économique. Elle n'a pas interrompu son travail malgré les difficultés rencontrées quotidiennement, mais elle a été privée de son droit à la reconnaissance de ses efforts qui entrent dans les travaux non structurés et pleins de risques pendant la propagation du virus. Malgré cela, l'Etat l'a écarté de l'ensemble des mesures préventives et sociales, et même économiques. Elle l'a forcée à être seule responsable de sa vie et de celle dont elle a la charge, et l'a complètement délaissée. « Elle l'a laissée affronter son destin et celui de ceux qui

plupart du temps, le chef de famille, et lorsqu'elle s'était mariée, elle était aussi la principale source de revenus de la famille. Elle pense que ses filles connaîtront le même destin. Date de la rencontre 13 juillet 2020.

²⁰² Faten Mbarek, la femme rurale en Tunisie : le travail informel et le dilemme de la féminisation, réf.cit.

²⁰³ EB est une jeune fille rurale âgée de 27 ans ayant un diplôme de technicien supérieur en informatique, réf.cit.

²⁰⁴ Ulrich Beck, la société mondiale du risque, Recherche sur la sécurité introuvable, ref.cit, p.46

sont à sa charge. Pendant le confinement, j'ai été victime d'un accident lors de notre transport de mon lieu de résidence au lieu du travail, et j'ai eu une fracture à une main et à une jambe. Mais, j'ai dû mentir au centre de santé publique où j'ai déclaré que je suis tombée du toit de ma maison afin d'éviter des ennuis à l'intermédiaire qui m'avait trouvé du travail ou pour le propriétaire du camion qui nous transportait... Même si je peux me trouver dans une situation grave voire je peux risquer de devenir handicapée, je ne pouvais que me montrer reconnaissante envers les autres qui m'ont permis de travailler alors que personne ne reconnaît les sacrifices que je fais quotidiennement et pendant toute ma vie²⁰⁵... ». Malgré tous les mouvements revendiquant l'égalité, le système établi en Tunisie consacre l'inégalité sous toutes ses formes, spatiale, matérielle et aussi symbolique.

Conclusion

Le coronavirus a contribué à faire tomber les derniers masques du pouvoir en Tunisie et de toutes ses institutions, qui cachaient leurs échecs. La Tunisie est apparue comme un Etat éludant ses responsabilités surtout dans les secteurs les plus vitaux, où s'est clairement formée l'inégalité comme les secteurs de l'éducation ou de la santé qui placent l'Etat parmi les pays qui dépensent le moins dans le secteur de la santé. Des signes de saturation et de dégradation touchent ce secteur de la santé alors que l'inégalité frappe de plein fouet les couches les plus marginales dont la femme rurale qui a été exclue même des statistiques des communiqués sur la COVID-19 en Tunisie. Ceci nous permet de remarquer une tendance nouvelle vers l'individualisme dans une vie quotidienne d'une société mondiale à risques. Il revient désormais à l'individu de prendre seul ses décisions pour affronter l'indifférence de la société. Cette nouvelle forme d'individualisme a montré aussi l'échec des experts dans la gestion des risques, et de ce fait, l'individu a été amené à perdre confiance dans les promesses rationnelles, et à se replier sur lui-même...Telle est la forme tragique de cette dimension de l'individualisme²⁰⁶.

²⁰⁵ ZR, jeune fille rurale âgée de 30 ans, célibataire, a étudié jusqu'au baccalauréat avant d'abandonner ses études pour cause de pauvreté, ref.cit

²⁰⁶ Ulrich Beck, ref.cit, p.108

Quatrième chapitre

Formes et acteurs de la résistance

Mouvements syndicaux, civils et sociaux dans le secteur de la santé : un cheminement sinueux vers la démocratie sanitaire.

Cyrine Ben Said Saffar

Dix années après la Révolution, la Tunisie assiste à l'effritement du service de santé publique, dont la dégradation est constatée aussi bien par ses usagers que par le personnel soignant. Le fossé entre celui-ci et le secteur privé, qui a commencé à se creuser avec l'encouragement du régime Ben Ali, s'approfondit et entraîne un système de santé à deux vitesses où la jouissance du droit à la santé est corrélée à la richesse.

Pourtant, le déclin de l'hôpital public ne fut pas considéré comme une priorité politique et sociale. C'est ponctuellement, et superficiellement, que le sujet revenait dans le débat public dans d'un scandale ou d'une catastrophe. La pandémie COVID-19, coup de tonnerre dans un ciel -en apparence- serein, a néanmoins permis une prise de conscience collective quant à la nécessité du sauvetage d'un système de santé aux abois.

La réforme de ce secteur n'est pas seulement question d'un choix politique, mais d'une obligation constitutionnelle consacrée par l'article 38 du texte fondamental, garantissant le droit universel à la santé, la gratuité des soins pour les personnes sans soutien ou nécessiteuses, ainsi que l'obligation d'assurer les moyens nécessaires à la sécurité et à la qualité des services de santé.

Les libertés associative et syndicale protégées par la même 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.

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 patient-es.

1. Syndicats liés au secteur de la santé : historique et cartographie

L'appartenance à un corps professionnel donné est le critère le plus simple classant les syndicats. Les membres du corps paramédical, infirmier-es, aides soignant-es, technicien-nes supérieur-es, ainsi qu'administrateur-trices et ouvrier-es, sont majoritairement représenté-es par la Fédération Générale de Santé (FGS), l'une des fédérations les plus puissantes de l'Union Générale Tunisienne du Travail (UGTT), depuis sa création en 1948. Les technicien-nes ont par ailleurs le Syndicat des techniciens supérieurs de la santé, affilié à la Confédération générale des travailleurs tunisiens.

Les syndicats des médecins sont divisés, quant à eux, selon la spécialité et l'appartenance au corps médical public ou privé. En 1956, l'UGTT a créé le Syndicat des Médecins Tunisiens qui, soumis à des pressions politiques, disparaît deux ans plus tard. Le Conseil de l'Ordre assumait alors la double mission de défendre les intérêts matériels et moraux des médecins jusqu'aux années 70, où les médecins ont commencé à s'organiser dans des syndicats selon leur spécialité et mode d'exercice.

Les médecins hospitaliers non-universitaires (généralistes et spécialistes) se sont regroupés, en 1976, dans le Syndicat tunisien de la santé publique devenu ultérieurement le Syndicat national des médecins, pharmaciens et dentistes de la santé publique (SNMPDSP), affilié à l'UGTT. En 2017, un nouveau syndicat, indépendant de l'UGTT et représentant les médecins généralistes hospitaliers voit le jour : l'Union des médecins généralistes de la santé publique.

En 1977, le Syndicat des Médecins, Médecins Dentistes et Pharmaciens Hospitalo-Universitaire (SMMDPHU) est né, avec à sa tête Mustapha Ben Jaafar, futur président de l'Assemblée nationale constituante.

Les médecins libéraux ont quant à eux créé deux syndicats indépendants : le Syndicat tunisien des médecins de libre pratique en 1982, concurrencé depuis 2011 par l'Union des médecins spécialistes libéraux.

Quant aux médecins dentistes du secteur privé, c'est le Syndicat tunisien des médecins dentistes de libre pratique, affilié à l'UTICA, qui les représente. D'ailleurs, la centrale patronale comporte depuis 1990 une Fédération de la santé regroupant 20 chambres syndicales ²⁰⁷.

Il n'est pas inopportun de rappeler que parmi les rares syndicats de l'UGTT ayant voté contre le soutien à la candidature de Ben Ali en 2004, il y avait la FGS, le Syndicat national des médecins de la santé publique et le Syndicat national des médecins hospitalo-universitaires. Ces derniers étaient aussi parmi les premiers syndicats à se joindre à la Révolution²⁰⁸.

Enfin, l'Organisation tunisienne des jeunes médecins (OTJM), et l'Organisation tunisienne des jeunes infirmiers (OTJI), sont des associations à caractère syndical nées après la Révolution pour représenter les jeunes soignants. Si l'OTJI n'est plus active, l'OTJM reste, depuis sa fondation en 2016, parmi les principales forces syndicales à l'hôpital.

2. Obstacles intrinsèques et extrinsèques à la lutte syndicale

Il existe une spécificité liée au syndicalisme à l'hôpital qui s'applique aussi bien dans le monde que dans le contexte tunisien. En confiant aux soignants toute la responsabilité du soin, nombreux·ses sont les citoyen·nes qui considèrent les syndicats nuisibles au bon fonctionnement du service de santé publique ou peu soucieux des intérêts des patient·es. De même, se considérant -seulement- soignant, le personnel de santé n'est pas toujours engagé pour la défense de ses droits²⁰⁹. La lutte implique, d'ores et déjà, des obstacles inhérents aux spécificités mêmes du travail fourni.

En outre, d'autres obstacles extrinsèques à la nature du travail limitent l'organisation de mouvements syndicaux dans les hôpitaux. Malgré l'impression largement partagée par la population que les syndicats de la santé sont superpuissants, la plupart des responsables de syndicats dans les centres de santé de base, les hôpitaux régionaux et universitaires estiment ne pas avoir un temps libre suffisant pour remplir leur mission syndicale. La majorité des représentants des

²⁰⁷ <https://www.fedsante.com.tn/chambres/>

²⁰⁸ Jouini S., L'action syndicale en Tunisie et démocratisation des mécanismes institutionnels du système politique et du système d'emploi [Thèse], Université Laval, Québec, Canada.

²⁰⁹ . Salaun F., « La problématique syndicat-association professionnelle aux sources du syndicalisme hospitalier », Journée d'étude sur le militantisme hospitalier, Université Paris-1, Centre d'histoire sociale, 2000.

travailleurs des groupes de santé de base et des hôpitaux de circonscription ne disposent pas d'un bureau de travail, et seulement 71% des hôpitaux régionaux et 82% des hôpitaux à vocation universitaire en ont²¹⁰.

Malgré ces obstacles, les syndicats tentent, tant bien que mal, de prévenir la dislocation de la chaîne de soins publics.

3. Le syndicalisme à l'hôpital : bouclier contre la politique d'austérité

Le secteur de la santé ne fait pas exception dans les mesures d'austérité adoptées depuis 2013. La santé publique souffre encore du gel des recrutements imposé par le Fonds Monétaire International, auquel se sont ajoutés les programmes d'encouragement au départ volontaire des fonctionnaires publics ayant surtout touché les hauts cadres, notamment de l'hôpital. Non seulement l'Etat ne valorise pas les efforts de ces derniers, seuls piliers restants d'un système de santé au bord du gouffre, mais en plus les encourage à partir dans le secteur privé ou à l'étranger.

C'est ainsi que les syndicats de l'hôpital ont essayé de s'ériger en rempart contre les politiques austères, 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, 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.

Cette politique fait perdre à l'hôpital son capital humain, certes, mais l'appauvrissement en ressources humaines est aussi expliqué par d'autres facteurs. Outre les conditions de travail difficiles, le manque de matériel et de sécurité, les médecins spécialistes sont moins payés à leur intégration dans la carrière universitaire, comparativement aux médecins de la santé publique.

Pour tenter d'y remédier, le SMMDPHU a mené une grève en mai puis en octobre 2012, afin de reprendre les négociations entamées avant la Révolution pour la valorisation du rôle des hospitalo-universitaires, sans résultat. Un accord stipulant

²¹⁰ Saïd Ben Sedrine & Mongi Amami. La gouvernance du système de santé publique aggrave l'inégalité sociale face au risque de la maladie en Tunisie. Ed. Fondation.Friedrich.Ebert, Tunis. Rapport final juin 2016

l'octroi de primes en rapport avec l'activité universitaire a alors été signé, mais non respecté, et il fallait le renégocier avec les ministres de la santé suivant-es.

En juillet 2020, la grève est reprise pour les mêmes raisons : limiter la fuite des médecins tunisiens vers l'étranger ou le privé, mettre fin à l'endettement des institutions du secteur de la santé, et rejeter toute tentative de privatiser l'enseignement médical, la dentisterie et la pharmacie. Des revendications légitimes auxquelles les autorités ont fait la sourde oreille. Le 6 octobre 2020, une convention sectorielle est conclue entre le syndicat et les autorités. Cependant, il aura fallu plus d'un mois de grève universitaire dans les six facultés de médecine, pharmacie et dentisterie en février 2021, et, une grève hospitalière de 3 jours en mars pour que les décrets soient enfin promulgués.

Certes, cette procrastination des autorités traduit une politique gouvernementale générale consistant à prendre des engagements et à retarder autant que possible leur mise en application, entraînant ainsi des grèves à répétition. Mais ce retard de huit ans s'explique aussi par la relative mollesse des méthodes contestataires du syndicat des médecins, surtout comparativement à celles de la FSG. Grâce à une base plus nombreuse, une force mobilisatrice plus importante et des mouvements syndicaux souvent plus radicaux, cette dernière a pu obtenir, par exemple, l'application de l'accord impliquant d'étendre le champ de l'article 2 de la loi sur la fonction publique à l'ensemble des employé-es du secteur, ainsi que la titularisation des agent-es contractuel·les, en moins de huit mois de contestation.

Ces requêtes restent insuffisantes et ne dépassant pas la sphère étroite des avantages matériels ou strictement sectoriels. Des actions syndicales collectives, visant des remaniements durables dans la politique de santé publique, tels que l'augmentation du budget alloué au ministère de la santé, le remboursement des dettes des hôpitaux et des caisses sociales, ainsi que l'instauration d'une meilleure gouvernance, devraient être prioritairement menées.

4. Un rapport mitigé avec la bonne gouvernance de l'hôpital public

La lutte des syndicats pour la défense des intérêts du corps qu'ils représentent, peut, dans certains cas, se contredire avec l'idéal d'un service de santé publique solide et performant. L'Activité Privée Complémentaire (APC), qui permet aux professeur-es et agrégé-es en médecine l'exercice d'une activité lucrative à

temps partiel dans des structures sanitaires privées ou publiques, en est un exemple. Celle-ci pose un réel problème dans les hôpitaux qui deviennent, dans certains cas, le siège de consultations privées anarchiques au détriment des soins offerts aux patient·es et de la formation des jeunes médecins. Le syndicat des médecins hospitalo-universitaires ne s'est pas clairement exprimé sur l'APC.

Pourtant, les syndicats ont certainement un rôle à jouer contre ce fléau de privatisation. En Algérie, le Syndicat national des praticiens de santé publique s'est positionné contre l'APC pour les médecins spécialistes travaillant dans le secteur public²¹¹. Un syndicat local à Boston a pu façonner les termes de la privatisation à la suite de la fusion d'un hôpital public (Boston Hospital) avec un hôpital privé (Boston University Hospital). En créant des coalitions avec d'autres syndicats, il a joué un rôle clé pour assurer la protection d'une santé publique de qualité et des pratiques de travail favorables aux soignant·es²¹².

Par ailleurs, le syndicalisme paramédical, quoique jouissant d'une grande popularité parmi sa base et d'un équilibre de force en sa faveur dans le secteur public, n'en demeure pas moins controversé. Malgré la multiplicité des batailles menées pour la santé publique, certains faits rendent cet engagement douteux. L'hôpital Hédi Chaker de Sfax, où certains syndiqués font foi d'impertinence, a été le siège pour l'organisation de circoncisions par des tradi-thérapeutes²¹³, ou de protestations contre l'arrestation de personnels de santé suspects de « *dépassements moraux, éthiques et financiers ainsi que d'agressions physiques* » selon le directeur²¹⁴. Ces protestations se disent animées par l'intérêt que porte le syndicat pour l'« *indépendance de l'administration* », la nomination de nouveaux directeurs étant rejetée tantôt à cause de la présomption d'appartenance à un parti politique, tantôt à celle de l'institution militaire²¹⁵.

5. Syndicalisme du secteur privé : conciliation difficile avec le droit universel à la santé

²¹¹ <https://www.djazairress.com/fr/lqo/5199666>

²¹² Savage L., Public sector unions shaping hospital privatization: the creation of Boston Medical Center, Environment and Planning A 2004, volume 36, pages 547-568

²¹³ <https://bit.ly/392KldH>

²¹⁴ <https://nawaat.org/2012/09/03/lhopital-hedi-chaker-a-safx-qui-protege-le-droit-du-malade/>

²¹⁵ <https://bit.ly/3cX5Pda>

Certains syndicats n'hésitent pas à scander des slogans éloquentes, dissimulant des priorités matérielles et corporatistes au détriment des droits des patient-es. En mars 2017, les syndicats du secteur privé ont mené une grève générale à la suite de l'arrestation d'un médecin réanimateur, exigeant sa libération ainsi que la promulgation d'une loi spécifique sur la responsabilité médicale. Pourtant, ce projet de loi, ayant été bloqué par le lobbying même des médecins privés -selon les dires de Sami Tahri secrétaire général adjoint de l'UGTT-, croupit encore dans les tiroirs de la commission de la santé à l'Assemblée des représentants du peuple²¹⁶.

Le syndicalisme servant le secteur privé a aussi été largement contesté lors de l'affaire des stents périmés en 2016, où la chambre syndicale nationale des établissements sanitaires privés relevant de l'UTICA, a non seulement dénoncé vigoureusement l'attitude du ministère de la Santé l'accusant de « *rendre public les noms des cliniques incriminées alors que l'enquête est en cours* », mais a en plus menacé d'interrompre l'activité de toutes les salles de cathétérisme sur le sol tunisien à partir d'une date ultimatum.²¹⁷ Notons que 68% des installations du cathétérisme du pays se trouvent dans les cliniques privées et que ces salles servent à revasculariser le cœur après un infarctus du myocarde.

Par ailleurs, les prestataires de soins au privé, 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 année²¹⁸.

En 2018, la même chambre syndicale décide une augmentation de 30% de la tarification des interventions chirurgicales dans les établissements privés. L'UGTT l'a aussitôt condamné, et a appelé les affiliés à la CNAM de ne pas se conformer à cette décision²¹⁹. En novembre 2020, un accord entre le STML et le ministère des Affaires sociales est établi pour réviser à la hausse les honoraires des médecins et les frais des actes médicaux²²⁰.

²¹⁶ ميدي العيش. حقوق المرضى تحت رحمة اللوبيات القطاعية في تونس: إعادة مشروع قانون حقوق المرضى والمسؤولية الطبية للجنة الصحة. المفكرة القانونية 2020.

²¹⁷ <https://bit.ly/3vl8EY9>

²¹⁸ Khadhraoui M., Ben Hamadi M., Professions libérales : la fraude fiscale en chiffres, Inkyfada, 2015.

²¹⁹ <https://bit.ly/316iPrq>

²²⁰ <https://bit.ly/2Pb3G5k>

Les médecins libéraux cherchent souvent à neutraliser les régulations qu'on veut leur imposer²²¹, et les syndicats traditionnels du secteur public semblent s'associer, du moins par leur silence complice, à cette tendance à la libéralisation de la santé.

6. Le syndicalisme des jeunes ou l'espoir d'un système de santé solide

C'est au prix de nombreuses expériences antérieures engagées que le mouvement des jeunes acteurs de la santé publique d'aujourd'hui réussit à arracher sa place dans l'espace public. Du temps de Ben Ali, les bureaux clandestins de l'UGET dans les facultés de médecine ont couvé et formé les étudiants Samir Hamouda, devenu secrétaire général du syndicat étudiant en 1989, Sami Souihli futur secrétaire général du SNMPDSP, ou Jed Henchiri, actuel leader de l'OTJM.

Parallèlement à l'UGET, le Syndicat des Internes et des Résidents de Tunisie (SIRT) affilié à l'UGTT, a commencé à défendre les intérêts des jeunes médecins depuis sa fondation en 2008. Scandant des valeurs démocratiques en interne (bureaux élus) et en externe (grève et sit-in fin 2007), les sbires de l'ancien régime ont provoqué l'exclusion des leaders du SIRT de la faculté, et c'est sur Facebook que ces derniers communiquaient avec leur base. La Révolution vient libérer le syndicat du joug de la répression, et ladite Révolution du Bistouri²²² initiée en juillet 2012 pour condamner l'obligation du service civil pour les médecins fraîchement diplômés, puis rebaptisée Mouvement Occupy38 en 2013, est sans doute son plus grand mouvement²²³.

Cette obligation de travail est souvent perçue, en Tunisie comme ailleurs, comme une solution superficielle, qui est de plus contre-productive: parmi les trois premières générations de la toute jeune filière de médecine de famille, le taux d'intention d'émigrer était de 69%²²⁴. En Algérie, le même mouvement a été mené par le Collectif autonome des médecins résidents algériens²²⁵, avec grèves et sit-in

²²¹ Pavé F., La dérégulation endogène du système français de médecine libérale, Politiques & management public, vol 29/2, 2012

²²² <https://bit.ly/3caTNO3>

²²³ <https://jeunesmedecinstunisiens.com/20190331interview-avec-karim-abdellatif>

²²⁴ Ben Slama I., "Les intentions d'émigrations des jeunes médecins de famille : état des lieux et motifs" [thèse], médecine, faculté de médecine de Tunis, 2020.

²²⁵ <https://bit.ly/3947KLI>

en mars 2011 pour l'abrogation de l'obligation d'accomplir une mission sanitaire d'une durée variable d'un à quatre ans et son remplacement par des mesures incitatives. L'Inter-syndicat national des internes français a aussi mené un mouvement similaire et a exprimé sa solidarité avec les jeunes médecins tunisien·nes²²⁶.

L'UGET et le SIRT ont préparé le terrain à l'OTJM, en lui transmettant le flambeau de la persévérance et de l'engagement, mais aussi le courage de se démarquer de l'emprise du corporatisme.

7. L'Organisation tunisienne des jeunes médecins : fracture avec la hiérarchie et le corporatisme

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 résident·es en médecine.

Le conflit générationnel et la hiérarchie en médecine ressortent en particulier dans la « punition » exercée par les autorités académiques à la suite de cette grève : cinq générations offrent leur savoir bénévolement pendant deux mois à la fin du cursus pour « pallier à la durée de formation manquante durant la grève ». Mais aussi, en mars 2019, quand les jeunes médecins ont lancé sur les réseaux sociaux la campagne « Balance Ton Hôpital²²⁷ ». Là encore, certain(e)s des sénior(e)s et chef(fe)s de services ont condamné « l'exposition des problèmes internes de l'hôpital public », au public.

Le même problème se pose en novembre 2019, quand la campagne « Pourquoi ? Nous ne nous tairons pas » est lancée sur les réseaux sociaux pour dénoncer les dépassements dont sont victimes les jeunes médecins²²⁸. Cette campagne vient en soutien à l'étudiant Wajih Dhokkar, renvoyé de la Faculté de médecine pour avoir écrit un statut Facebook dans lequel il dénonçait une mauvaise gestion de l'administration. L'OTJM, fortement impliquée avec l'étudiant, a déclaré une grève générale pour que l'étudiant puisse réussir son année.

²²⁶ <https://www.leguotidiendumedecin.fr/hopital/les-internes-de-lisni-solidaires-de-leurs-confreres-tunisiens-en-greve>

²²⁷ <https://observers.france24.com/fr/20190320-balancetonhopital-tunisie-photos-hopitaux>

²²⁸ <https://bit.ly/3tITqQK>

Ce conflit générationnel se voit aussi dans le corps des infirmier-es, quand l'OTJI a critiqué, en 2018, son hiérarchie et les modalités de promotion des infirmier-es qui « *ne se font pas selon la compétence mais selon le degré d'allégeance aux chefs de service* ». Les jeunes infirmier-es ont par ailleurs exprimé leur solidarité aux jeunes médecins après l'agression physique d'une résidente de garde aux urgences.

Les jeunes acteurs de la santé défendent des valeurs rarement retrouvées parmi leurs prédécesseurs : la critique de la hiérarchie, la solidarité inter-jeunes, et la non-prise en compte de la division sectorielle médical/paramédical.

A la suite du décès tragique du résident Badreddine Aloui dans un ascenseur en panne à l'hôpital de Jendouba, l'un des rares mouvements communs ralliant les jeunes médecins, le syndicat des hospitalo-universitaires, le CNOM, des associations et des citoyen·nes indépendant·es, se met en marche, et amène le chef du gouvernement à promettre de répondre à toutes les revendications. Deux mois plus tard, le « *laxisme et l'inaction des autorités face aux revendications de l'Organisation* » ont poussé l'OTJM à refaire une grève puis un sit-in ouvert, pour avoir une promesse cette fois-ci écrite satisfaisant des requêtes pourtant simples : la création d'une instance nationale pour sauver le secteur de la santé publique, une indemnisation exceptionnelle allouée à la famille du défunt le médecin résident Badreddine Aloui, la mobilisation des moyens pour préserver la santé des jeunes médecins dans les hôpitaux ²²⁹. Quoique ce mouvement ait débuté avec ferveur, ralliant les différents acteurs de la santé et la société civile, et mobilisant la majorité écrasante des internes et des résident·es, il s'est vite essoufflé, traduisant un malaise chez la base quant au manque de démocratie interne au sein de l'organisation.

Quoique les mouvements syndicaux des jeunes, en s'alliant à ceux des ainé·es, puissent initier un réel changement dans le secteur, la responsabilité de la mise en œuvre effective d'une stratégie pour sauver la santé publique incombe essentiellement aux politiques.

²²⁹ <https://lapresse.tn/89557/la-greve-de-deux-jours-sest-transformee-en-sit-in-ouvert-les-jeunes-medecins-engagent-un-bras-de-fer-avec-le-gouvernement/>

8. Politiques de santé : une place institutionnelle minorée pour les syndicats et la société civile ?

Les autorités considèrent les syndicats aptes à porter des revendications statutaires et salariales, à défendre leurs membres contre les injustices ou les agressions, mais pas comme étant une force de proposition pour une réforme effective du secteur de la santé. En effet, une part importante des syndicats de base affirme que son point de vue sur la conception et la mise en œuvre des programmes du ministère de la santé est rarement, ou jamais, pris en considération. Les accords établis entre les autorités et les syndicats sont alors souvent non appliqués, l'insuffisance des ressources financières du système de santé étant considérée comme un obstacle supplémentaire²³⁰.

Le contexte politique tunisien particulier après la Révolution, ayant impliqué 14 ministres de la santé et des gouvernements sans vision politique pour la santé publique, a fait perdre beaucoup de temps à la seule initiative visant à réformer le secteur.

Le dialogue sociétal, appuyé par l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Union Européenne et réunissant différents acteurs liés à la santé, dont notamment les syndicats et la société civile²³¹, se veut un exemple de démocratie sanitaire²³². Depuis 2012, la gestation -très lente- d'un nouveau mode de gouvernance basé sur la décentralisation s'est étalée sur trois phases. La première avait pour but la compréhension commune des enjeux majeurs. Des réunions régionales impliquant la société civile locale et les représentant-es des syndicats ont discuté de questions essentielles allant des obstacles liés aux soins à la notion de sécurité sociale de base. A la suite de la publication d'un livre blanc en 2014, le dialogue s'est peu à peu éclipsé, jusqu'en 2019, où le Projet de la politique nationale de la santé a été présenté lors d'une conférence de presse.

Certain-es participant-es attribuent ce blocage à la non-implication effective de l'Etat dans ce processus de réforme et à l'instabilité politique que vit le pays. La prise en compte des positionnements de la centrale syndicale et de la société civile

²³⁰ Saïd Ben Sedrine & Mongi Amami. La gouvernance du système de santé publique aggrave l'inégalité sociale face au risque de la maladie en Tunisie. Ed. Fondation.Friedrich.Ebert, Tunis. Rapport final juin 2016

²³¹ http://www.hiwarsaha.tn/Fr/accueil_46_4

²³² <http://www.emro.who.int/fr/tun/tunisia-news/reunions-inter-regionales-de-phase-2-du-dialogue-societal-pour-la-sante.html>

lors de la mise en place de ce projet, durant la troisième phase, sera le miroir de la place accordée à ces organismes dans les politiques de santé. Ces derniers ont d'ailleurs été fréquemment sollicités pour suppléer aux manquements de l'Etat dans la gestion de l'actuelle pandémie de COVID-19 (maladie à Coronavirus 2019).

9. La COVID-19, occasion d'un réveil douloureux pour la société civile

Devant les nombreuses menaces visant les libertés collectives et individuelles durant les périodes de transition et de consolidation démocratique, la société civile s'est engagée à préserver l'espace public et privé d'un retour en arrière. Dès lors, des actions ponctuelles ont été menées, sans réel impact ni grand investissement. L'Association tunisienne de défense du droit à la santé a publié le "Droit à la santé en Tunisie" en 2016 où 14 chapitres se sont succédé pour couvrir les dimensions de l'accès aux soins, les spécificités des populations à risque, et six obstacles au droit à la santé²³³. Elle s'est joint, en 2017, à plusieurs autres associations, dont le Forum tunisien des droits économiques et sociaux et la Ligue tunisienne des droits de l'Homme pour former la Coalition de la Société Civile pour la Défense du Secteur Public de la Santé (CSCDSP) et appeler à la restructuration du service de santé publique. En 2018, cette coalition a publié une déclaration proposant des solutions effectives pouvant remédier aux défaillances du secteur, telles que l'augmentation des ressources du Fonds de soutien à la santé publique, la généralisation de la taxe de 1% sur le chiffre d'affaires des cliniques et des prestataires de soins privés, la création d'une taxe spéciale sur les produits sucrés, le tabac et l'alcool, ainsi que l'allocation d'une partie de la contribution de solidarité sociale à la récupération par les hôpitaux et la Pharmacie centrale de leurs créances auprès de la CNAM²³⁴. A ces exceptions près, l'engagement de la société civile pour la santé publique était surtout « événementiel ». Après le scandale des stents périmés, l'Association de défense du service public de la santé et de ses usagers, faisant aussi partie de la CSCDSP, a appelé le ministère à faire preuve de plus de transparence envers l'opinion publique²³⁵. En mars 2019, elle s'est indignée et a incubé la responsabilité des décès de 11 nouveau-nés aux autorités en place²³⁶. La

²³³ <https://ftdes.net/rapports/ATDDS.pdf>

²³⁴ <https://ftdes.net/declaration-du-collectif-de-defense-du-secteur-public-de-la-sante/>

²³⁵ <https://bit.ly/3f1fxxF>

²³⁶ <https://ftdes.net/ar/lettre-gouvernement-sante/>

crise survenue à cause du manque de plusieurs médicaments essentiels a été suivie de la publication d'un rapport explicitant et critiquant ses raisons²³⁷.

C'est surtout la pandémie COVID-19 qui a fait focaliser l'attention de la société civile sur le secteur de la santé. Marsad Budget d'AlBawsala publie 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 Tunis²³⁸.

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 COVID²³⁹. La CSCDSP, pour sa part, a présenté une mise au point des défaillances tout en proposant des solutions, et a invité les autorités à faire du secteur public de la santé une priorité absolue²⁴⁰.

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 des méfaits de sa politique d'austérité. C'est le cas de « *Na7miwhom* », initiative lancée par des jeunes médecins en collaborant 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 soignant-es à haut risque d'exposition au Coronavirus²⁴¹. Beder et des résident-es 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 soignant²⁴². Par ailleurs, pour éviter le dépassement des capacités du système de santé, des dizaines de jeunes

²³⁷ <http://ftdes.net/rapports/medicaments.pdf>

²³⁸ <https://www.facebook.com/AlBawsala/posts/3292963707403099>

²³⁹ <https://bit.ly/30WjrzN>

²⁴⁰ <https://ftdes.net/ar/lettre-ouverte-aux-autorites-sur-le-financement-du-secteur-public-de-la-sante/>

²⁴¹ <https://www.facebook.com/na7miwhom>

²⁴² <https://sauve.tn/>

médecins ont bénévolement pris en charge les patient-es à leurs domiciles pour désengorger les services de médecine et de réanimation dans les hôpitaux²⁴³.

Outre le contexte pandémique, plusieurs jeunes diplômés en médecine choisissent de porter une aide 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 paix²⁴⁴.

Conclusion

« Les crises, les bouleversements et la maladie, dit Carl Gustav Jung, ne surgissent pas par hasard, mais nous servent d'indicateurs pour rectifier notre trajectoire, explorer de nouvelles orientations ». La récente crise sanitaire a révélé au grand jour les limites et les inégalités de notre système de santé. Elle a rappelé, en Tunisie comme dans le monde, l'importance de sortir la santé des logiques de rentabilité économique.

Certes, les organisations syndicales et la société civile ont largement contribué à limiter les dégâts, non seulement ceux liés à la pandémie actuelle, mais également ceux résultant de la politique d'austérité de ces dernières années. Convaincu-es des valeurs révolutionnaires de dignité et d'égalité, les jeunes acteurs de la santé, en particulier, portent l'espoir d'un système de soins garantissant le droit à la santé sans discrimination aucune.

Malgré l'absence de volonté politique pour la refonte de ce secteur, changer le rapport de force reste possible grâce à une union syndicale et civile, qui dépasse les clivages sectoriels et générationnels, et en plaçant l'idéal d'un service public de qualité au-dessus de tout intérêt corporatiste.

²⁴³ <https://covidar-tn.com/>

²⁴⁴ <https://www.facebook.com/Innopeace.Tunisia>

Biographies des auteur.es

Yasmine Akrimi est doctorante en sciences politiques à l'Université de Gand, Belgique, et analyste de recherche sur l'Afrique du Nord au Brussels International Center for Strategic Analysis (BIC). Ses recherches portent sur les dynamiques raciales au prisme du genre et des vécus migratoires au Maghreb. Elle a publié avec le FTDES une étude sur le double processus de racialisation et de sécurisation de la migration subsaharienne en Tunisie.

Moncef BelHaj Yahia est médecin de la santé publique engagé dans les luttes pour la santé depuis la fin des années 70 et responsable syndical de 1977 à 1997. Depuis 2011, il est actif dans la société civile comme membre fondateur et secrétaire général de l'Association Tunisienne de Défense du Droit à la Santé et membre fondateur du Collectif de la Société Civile pour la Défense du secteur Public

Habiba Ben Romdhane est professeure de médecine, présidente de l'Observatoire National des Inégalités Sociales en Santé (ONISS). Elle a conduit plusieurs recherches et coordonné plusieurs projets internationaux. Elle a publié une centaine d'articles dans des revues internationales et une vingtaine de rapports. Elle est experte auprès de l'Organisation Mondiale de Santé, membre du Comité de MENA Health Policy et elle est élue en 2013 membre du Collège Royal de Médecine du Royaume-Uni. Elle est récipiendaire du Prix des Sociétés Médicales Maghrébines en 2001 pour ses recherches sur l'épidémie des maladies cardiovasculaires en Tunisie.

Mhammed Ben Salah est doctorant en économie du développement à l'Institut de Hautes Etudes Internationales et de Développement à Genève.

Cyrine Ben Said Saffar est docteure en médecine, résidente en psychiatrie, et membre fondatrice de l'Organisation Tunisienne des Jeunes Médecins.

Rym Haloues Ghorbel est docteure en sociologie de la santé de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales de Tunis. Sa thèse a pour intitulée « Question de vie ou de mort, le don d'organes en Tunisie : éthique et changement de valeurs dans un contexte de pénurie ». Elle est titulaire d'un master en anthropologie sociale et culturelle de l'Institut Supérieur des Sciences Humaines de Tunis. Elle occupe un post-doc au sein de l'Institut Pasteur de Tunis dans le cadre du projet « Appui des sciences sociales face à la pandémie de la COVID 19 : Etude qualitative de la compréhension du testing à Antananarivo, Niamey, Abidjan et Tunis »

Maher Hanin est philosophe et sociologue. Ses domaines de recherche portent sur les mouvements sociaux, l'engagement des jeunes, les inégalités et les luttes pour la reconnaissance. Il est l'auteur de « La société de résistance : post-islamisme, post-bourguibisme, post-marxisme » paru aux éditions Mots Passant en 2019 (en arabe), et de « La sociologie des marges au temps du coronavirus » (FTDES, 2020). Il est militant associatif membre de Nachaz et du FTDES.

Sofiene Jaballah est chercheur en sociologie et militant de la société civile dans le domaine des droits économiques et sociaux. Spécialiste dans l'étude des mouvements religieux et sociaux émergents, la prévention de l'extrémisme violent, ainsi que l'approche genre. Ecrivain et scénariste, il a contribué à la réalisation de plusieurs recherches, et a publié des articles d'opinion, des études individuelles et de groupe, ainsi que des courts métrages et des documentaires engagés.

Faten Mbarek est maître de conférences et directeur du Département de Sociologie à l'Institut Supérieur des Etudes Appliquées aux Sciences Humaines de l'Université de Gafsa, et membre de l'Unité de Recherche Révolutions et Transition des Mouvements à l'Université de Tunis. La chercheuse s'intéresse aux sujets liés aux jeunes et aux femmes rurales. Elle a publié « Expressions de la jeunesse et démocratie culturelle : une étude comparative des musiques de la rue après 2011 entre le Maroc et la Tunisie » en co-écriture avec le chercheur marocain Yassin Aghlolo, publié par l'Association Nachaz . Elle a contribué à un ouvrage collectif sur le mouvement des femmes en Tunisie avec un article intitulé : « Le mouvement féministe en Tunisie et les femmes rurales : quelle relation ? » publié par l'Institut Supérieur des Etudes Appliquées aux Sciences Humaines de Gafsa et la Maison Tunisienne du Livre.

Charfeddine Yakoubi est un expert en gouvernance et lutte contre la corruption, il a aussi contribué à la création de plusieurs associations actives dans le domaine de la transparence et la redevabilité. Titulaire d'un master en Administration Publique du Harvard Kennedy School et du diplôme du cycle supérieur de l'École Nationale d'Administration, il a aussi publié plusieurs rapports sur les questions de gouvernance dans le secteur public, tels qu'une étude sur la petite corruption en Tunisie ou un rapport sur la gouvernance des ressources naturelles. Il s'intéresse également aux questions de lutte contre la corruption et de gestion des risques dans le secteur de la santé publique.