CENTRE NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
Centre Régional de Publication de Marseille

Etat de Santé

Michel Camau
Hédi Zaïem et Hajer Bahri

besoin médical et enjeux politiques en Tunisie

Éditions du CNRS

ÉTAT DE SANTÉ

30260

INSTITUT DE RECHERCHES ET D'ÉTUDES
SUR LE MONDE ARABE ET MUSULMAN

Sociétés arabes et musulmanes

1

ÉTAT DE SANTÉ

Besoin médical et enjeux politiques en Tunisie

Michel CAMAU

Hédi ZAIEM et Hajer BAHRI

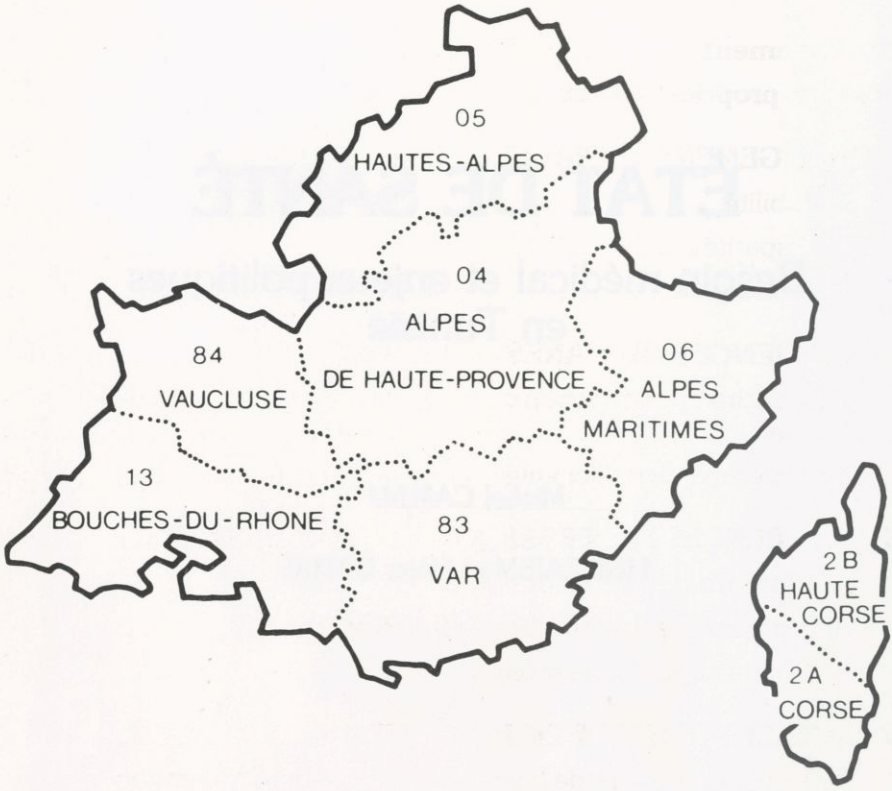
BIBLIOTHEQUE DE FRANCE
3 7513 00103018 7

BIBLIOTHEQUE DE FRANCE
LB.31-N3-23058

EDITIONS DU CENTRE NATIONAL
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
15, Quai Anatole-France - 75700 PARIS

1990

C.N.R.S.
ADMINISTRATION DE LA 12e CIRCONSCRIPTION
PROVENCE, ALPES, COTE D'AZUR, CORSE



Cet ouvrage a été réalisé
par le Centre Régional
de Publication de Marseille

© C.N.R.S. 1990

ISBN 2-222-04392-1

Sommaire

Avertissement 7

La santé, propriété d'État 11

II - CHANGEMENT SOCIAL ET SANTÉ 21

I. Mobilité 23

II. Disparités 44

III. Discontinuités 63

II - RÉFÉRENCES PROFANES DE LA MÉDECINE 101

I. Médecine : reproduction d'un espace thérapeutique traditionnel 103

II. Médecins : un métier envié, une profession décriée 132

III - RÉFÉRENCES PROFESSIONNELLES DE LA SANTÉ 167

I. Origines de la profession : l'impact colonial 171

II. Processus de structuration de la profession 179

III. Segmentation de la profession 192

IV - QUELLE POLITIQUE DE LA SANTÉ ? 219

I. Les soins de santé de base, une nouvelle représentation des enjeux sanitaires 225

II. Le processus d'élaboration d'un nouveau " référentiel " 227

III. La mise en échec d'une tentative de réorientation 234

IV. Quelle politique de la santé ? 243

Tarajjî ya dawla 263

Annexes 275

I - Enquête sur les systèmes référentiels profanes 275

Questionnaire, traduction 283

II - Enquête sur les systèmes référentiels professionnels 286

Questionnaire 286

AVERTISSEMENT

Le présent ouvrage livre les résultats d'une recherche menée en Tunisie dans le cadre d'une collaboration entre le Centre d'Études de Recherches et de Publications (C.E.R.P.) de Tunis et l'Institut de Recherches et d'Études sur le Monde Arabe et Musulman (I.R.E.M.A.M.) d'Aix-en-Provence, unité mixte du C.N.R.S. et des universités de Provence et d'Aix-Marseille III.

Le C.E.R.P., avec le concours de la coopération culturelle franco-tunisienne, a assuré la logistique financière et administrative de la recherche. Le C.N.R.S. et l'I.R.E.M.A.M., pour leur part, ont pris en charge l'édition.

La recherche a été conduite par une équipe pluridisciplinaire associant un politologue, un économiste-statisticien et un médecin.

Michel Camau, Directeur de Recherche au C.N.R.S. (I.R.E.M.A.M.), détaché en Tunisie auprès du C.E.R.P. durant la période nécessaire à la réalisation de cette recherche, a dirigé l'ensemble des travaux : définition des orientations, détermination des sites d'observation et des instruments d'analyse, exploitation des résultats, rédaction de l'ouvrage.

Hédi Zaïem, assistant à la faculté des Sciences Économiques et de Gestion de Tunis, a participé aux différents stades de la recherche. Plus particulièrement, outre sa contribution à la préparation des enquêtes et à la rédaction de l'ouvrage (dans le cadre des Chapitres II et IV), il a assumé la responsabilité des analyses de données, méthodes statistiques dont il constitue l'un des principaux spécialistes en Tunisie.

Hajer Bahri, médecin de Santé publique, est intervenu notamment dans la conception et l'administration des enquêtes. Son expertise, dans des domaines tels que l'épidémiologie et la médecine préventive, et son expérience du terrain médico-sanitaire ont été particulièrement précieux à cet égard. Elle a également participé à la rédaction de l'ouvrage (dans le cadre du Chapitre II).

Amorcée en 1983, la recherche a pris fin en juillet 1987. En dépit du décalage entre cette date et celle de la parution de l'ouvrage, imputable aux contraintes de l'édition, il n'a pas été jugé opportun de procéder à une mise à jour, exception faite de quelques ajustements ponctuels (comme, par exemple, dans le tableau 1 du Chapitre III). Notre propos, en effet,

n'était pas de rendre compte d'une actualité mais de contribuer, dans la mesure du possible, à l'énonciation d'enjeux dont la portée excède le court terme.

Au demeurant, l'évolution de la conjoncture peut s'avérer l'un des meilleurs tests quant à la pertinence d'une recherche. Dans le cas d'espèce, le lecteur sera en mesure d'apprécier si les changements politiques intervenus en Tunisie depuis novembre 1987 sont de nature à invalider les orientations et les conclusions d'un travail achevé trois mois avant la retraite forcée du président Habib Bourguiba.

Nous voudrions exprimer notre gratitude aux professeurs Yâdh Ben Achour et André Raymond, qui respectivement dirigeaient le C.E.R.P. et l'I.R.E.M.A.M. lorsque nous menions cette recherche. Leur soutien a permis sa réalisation.

Nos remerciements s'adressent également aux professionnels de la Santé en Tunisie et à leurs organisations représentatives, aux dirigeants du Conseil de l'Ordre des Médecins et aux responsables du ministère de la Santé publique. Ils ont bien voulu manifester leur intérêt pour notre projet en facilitant nos investigations.

Nous ne pouvons malheureusement remercier ici tous ceux qui nous ont apporté leur concours. Qu'il nous soit permis de mentionner parmi tant d'autres : le ministère tunisien de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique et le service Culturel de la Coopération de l'ambassade de France, qui ont contribué financièrement au projet ; Messieurs Mohamed El Gharbi et Mustapha Mrabet, qui nous ont assuré l'aide de l'administration du C.E.R.P. ; le centre de Calcul de l'université de Tunis, qui a mis ses installations à notre disposition ; Pierrette et Roger Lecoq, qui, dans le cadre de leurs activités à l'I.R.E.M.A.M., ont pris en charge avec compétence, patience et minutie la préparation technique de l'ouvrage, édité par le C.N.R.S.

Michel Camau

Le moribond vit sa jeune fumée s'étonner et disparaître. Il aimait ceux qu'on tue par erreur, ceux qui passent sans regard. Il est mort d'une orgie de lumière, entre deux fatigues, entre deux nuages.

Jacques Dupin, *La rose et le rat*

La santé, propriété d'Etat

La *santé n'a pas de prix.* Façon pour la langue commune de signifier une hiérarchie des valeurs et pour le langage économique de traduire les difficultés de détermination d'une valeur d'échange. *La santé n'a pas de prix,* elle est idée de vie et de mort, notion morale qui confine au "sacré". *La santé n'a pas de prix,* ses instruments de réalisation recouvrent un secteur et une forme d'activité économique peu propices à la constitution et au fonctionnement d'un marché autoréglé. Impératifs de régulation et exigences éthiques, à ce double titre, la santé revêt une dimension éminemment politique. Elle offre un condensé des présupposés de l'Etat moderne, principe moral et nécessité pratique, garant du bien commun et rationalité compensatrice des limites des mécanismes du marché. La santé n'a pas de prix, elle est une "précieuse propriété d'Etat" (1). Un attribut précieux au regard de la cohésion et de la reproduction sociales ; un aspect du fonctionnement de l'Etat, précieux pour son observation.

La santé n'a pas de prix, elle offre, d'une manière générale, un champ d'investigation des problèmes et enjeux étatiques. Dans le cas d'espèce, elle nous a semblé précieuse pour sa contribution à l'étude d'un Etat dit "nouveau", celui de la Tunisie indépendante.

Plus précisément, elle sera appréhendée, en fonction de la dynamique du besoin médical, aux fins d'explicitation des caractéristiques du nouveau rapport de l'Etat et de la société dans la Tunisie post-coloniale.

LE NOUVEL ETAT TUNISIEN

Outre une communauté de traits avec l'ensemble des sociétés dites du "Tiers-Monde", la Tunisie présente l'intérêt d'illustrer des aspects spécifiques aux sociétés arabo-musulmanes, tout en occupant une position différenciée parmi celles-ci.

Les références culturelles dominantes et l'histoire des sociétés arabo-musulmanes y confèrent une acuité particulière à la question de l'Etat.

Il est communément admis que l'Islam, "religion organique", ne se prête à aucune dissociation du temporel et du spirituel, du politique et du religieux. Telle est, en effet, la représentation de l'*Umma* de l'Islam originel, communauté totalisante à vocation universelle. Cette communauté, suivant la tradition, a trouvé son expression dans le califat des débuts de l'Islam, Etat gouverné selon le message prophétique par les premiers successeurs (califes) de Mohammed. Compte tenu du décalage entre l'idéal du califat et la réalité des formes despotiques que le Monde musulman a connu par la suite, une dissociation *de facto* s'est opérée entre le politique et le religieux, la puissance et l'autorité. L'Etat s'est trouvé cantonné dans le rôle d'agent de la contrainte nécessaire, dépourvu de justification éthique. En ce sens, l'Islam dévalorise l'Etat réel et favorise le repli sur les communautés restreintes constituées par les groupes ou solidarités de type primaire (ethnie, tribu, lignée, famille, régions...), avec pour corollaire la prégnance d'une utopie universaliste (2).

Pris en tenailles entre un idéal qui lui conteste les attributs de l'autorité et des allégeances particularistes qui redoutent sa puissance, l'Etat nouveau est confronté au dilemme de l'hétéronomie ou d'une surenchère dans l'utopie.

Le Nouvel Etat tunisien s'est distingué au sein du Monde arabe par un engagement des plus résolus sur la voie d'un réformisme qui se voulait annonciateur d'une société nouvelle. Les problèmes de maîtrise du changement s'y révèlent à la mesure de l'ampleur de celui-ci.

Lors de l'Indépendance, le Nouvel Etat tunisien était sous-tendu par un projet de fondation d'une communauté politique de citoyens, différenciée de l'*Umma* et de communautés infra-étatiques. Mais le projet n'appartenait en propre qu'à l'élite dirigeante du Mouvement National. Celle-ci, héritière d'un appareil prolongeant les formes coloniale et beylicale de la puissance, se proposait de réformer les structures et les comportements et d'initier un développement économique de nature à assurer une homogénéisation sociale et une allégeance directe de chaque individu à l'Etat. L'intervention de l'Etat, entité extérieure, était, à la fois, redoutée des gouvernés, dans la mesure où elle menaçait l'autonomie des individus et des groupes, et attendue au sens où elle pouvait apparaître comme une concession nécessaire à l'amélioration des conditions d'existence. Les attentes diversifiées qui avaient conféré sa force au Mouvement national fondaient la tutelle étatique comme nécessité pratique, à défaut de conférer à l'Etat une base autonome de légitimité.

Cette ambivalence dessinait les contours d'un compromis, dont rend compte la notion de "clientélisme d'Etat" : une allégeance passive et distanciée à l'égard d'une puissance extérieure et supérieure, détentrice des instruments de coercition et régulatrice des moyens de gestion matérielle

de la vie sociale, qui trouve sa contrepartie dans l'allocation de ressources susceptibles de garantir un mieux vivre. Ce loyalisme sous bénéfice d'inventaire offrait à l'élite dirigeante une base potentielle de soutiens.

Dans ces conditions, le devenir du projet étatique s'avérait fonction de la possibilité de résorber ou de compenser un déficit structurel de légitimité à partir de la puissance des soutiens.

Or, dans son principe même, le compromis clientéliste apparaît éminemment fragile. Il ne trouve pas son support dans un mode de vie relativement stable et homogène donnant lieu à des demandes concurrentes mais globalement compatibles avec les capacités et les besoins du système de production. Il porte, au contraire, sur l'instable et l'hétérogène : les mutations du mode de vie dans le cadre d'un processus de profondes transformations du tissu socio-économique. Il semble, à cet égard, se heurter à deux types de limites : le poids des contraintes de l'extraversion de la structure économique dans la détermination de l'amplitude de la marge de régulation étatique du procès d'accumulation d'une part, et le degré de compatibilité des effets induits des interventions étatiques sur la structure sociale et le système culturel avec les capacités productives et distributives, d'autre part (3).

De fait, à l'horizon des années 1990, le clientélisme d'Etat semble proche de ses limites. Certes, on peut constater une amélioration du niveau de vie moyen et une modification de la structure de la consommation. Mais ces mutations se sont opérées dans le cadre d'un développement inégal caractérisé par une accentuation des disparités sociales et des discontinuités culturelles ainsi que par une réduction accrue de la marge de régulation. L'Etat est surchargé de demandes, hétérogènes, de valeurs d'usage et confronté à des recherches de sens qui disqualifient ses offres.

Au travers de ces tensions s'affirme une tendance à un désengagement relatif de l'Etat. Elle consiste en l'amorce d'une nouvelle division du travail entre le public et le privé sous les formes d'une défiscalisation du financement des dépenses sociales et d'une privatisation de services publics, d'une part, et d'une relance de l'assistance, d'autre part. La majorité des citoyens serait appelée à assumer le coût réel des produits, prestations ou services dont elle bénéficie et le capital privé à prendre le relais de la puissance publique. Celle-ci n'interviendrait directement que dans les domaines où le secteur privé, pour des raisons de rentabilité, serait défaillant, et ne ferait bénéficier des transferts sociaux que les couches de la population les plus démunies. Transparaît ainsi l'ébauche d'un mode de régulation d'une société "duale", dont l'adéquation aux facteurs et enjeux de la surcharge de l'Etat s'avère problématique.

SANTE ET ETAT

La santé occupe une position centrale parmi les mythes fondateurs de l'Etat moderne ou, du moins, de l'un de ses principaux emblèmes, la Révolution française. Michel Foucault évoque à ce propos la double figure onirique, "en noir et blanc", d'un encadrement de la population par un "clergé de la thérapeutique" et d'une éradication de la maladie dans une société libérée où règneraient l'égalité et la concorde entre citoyens (4).

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, institution carrefour de la médecine et des Etats, la santé, à laquelle chacun serait en droit de prétendre, consisterait dans "un état de complet bien-être physique, mental et social", irréductible à l' "absence de maladie ou d'infirmité". Si elle ne relève pas du domaine des "rêveries", la définition s'apparente fort à l'utopie, au sens que lui donnait Robert Musil : une possibilité détachée du contexte qui l'empêche de devenir réalité (5).

Cette conception totaliste de la santé, droit de l'individu au bien-être, vaut affirmation du potentiel étatique d'amélioration des conditions de vie, sorte d'auto-proclamation de l'Etat de bien-être *(Welfare State)*.

Cependant, le totalisme ne doit pas prêter à malentendu. La santé n'est devenue une valeur englobante que dans la mesure où elle s'est imposée préalablement comme catégorie spécifique. Elle correspond à une différenciation d'un espace — sanitaire — des autres champs de l'activité sociale et à sa domination, sous l'égide de l'Etat, par des spécialistes dûment patentés. Muée en corps constitué, détenteur d'un savoir spécifique, systématique et exclusif, la médecine s'est vue reconnaître, par l'Etat, le monopole de "dire ce que sont la santé et la maladie et de soigner" (6). Expropriation de la santé, devenue propriété d'Etat ? (7). Le terme d'invention de la santé serait plus adéquat. Non point, il va sans dire, que le fait de se soigner et de se protéger contre la maladie ne soit apparu que tardivement dans l'histoire de l'humanité. Mais force est de considérer que la santé comme système de rôles distincts est contemporaine de l'Etat moderne. Dans le cadre d'un approfondissement de la division du travail et d'une démultiplication du contrôle social, les rôles de médecins et de patients se sont détachés de la trame commune pour se constituer sur une scène autonome.

A l'instar de l'Etat moderne, la médecine se rapporte à un individu libéré des allégeances aux groupes primaires. Elle définit et gère les besoins de santé en fonction de l'appartenance à une entité abstraite, celle-là même que l'Etat est réputé représenter. De ce point de vue, son intervention a souvent été conçue sur le mode de la mission : la diffusion des normes et valeurs de la modernité étatique et l'illustration des bienfaits de celle-ci. On songe plus particulièrement ici aux différentes tentatives de

"médicalisation" censées répondre à des problèmes sociaux ou politiques : médicalisation des déviants de tous ordres, depuis les indigents et les classes dangereuses jusqu'aux colonisés. Etroite imbrication du rêve et de la réalité, dont témoignent les discours sur la mission. Ainsi, par exemple, en 1942, l'Encyclopédie coloniale et maritime magnifiait le rôle des médecins de santé publique en Tunisie de la manière suivante :

> "Sans cesse exposé à la contamination, vivant au milieu de populations le plus souvent primitives, où l'hygiène fait défaut, le médecin de la santé publique qui exerce sa profession avec coeur devient dans le bled un véritable apôtre, écouté, aimé et respecté des indigènes. C'est lorsqu'il comprend son devoir le meilleur agent de pénétration de l'influence française" (8).

On objectera que ces fleurs de rhétorique sont aujourd'hui fanées, qu'elles relèvent d'une époque révolue. A vrai dire, si les temps et, avec eux, les enjeux, ont changé, la relation organique Etat-médecine demeure. Bien plus, le discours missionnaire a connu un renouveau avec l'émergence des Etats de la décolonisation. En Tunisie, le médecin n'est plus assimilé à un cheval de Troie de l'influence française mais il a fait figure, aux yeux des nouveaux gouvernants, d'agent de pénétration de l'influence de l'Etat. Dès 1956, le Président Bourguiba invitait les médecins à "oeuvrer pour le relèvement" du "niveau matériel et moral" du peuple tunisien et "pour le plein épanouissement de tous ses enfants (9). Dix ans plus tard, il les invitait à faire de leur métier "un véritable sacerdoce" et soulignait "le caractère sacré" de leur mission pour conclure :

> "Le médecin dans un pays en voie de développement contribue à la protection de la santé du peuple, à la lutte contre les maladies et en définitive, au renforcement du capital humain. Tel est le sens de sa mission" (10).

On retrouve ici l'utopie de la santé et de l'Etat de bien-être. Une utopie quasi-universelle. Comme la plupart des Etats, la Tunisie devait reprendre officiellement à son compte le mot d'ordre de l'Organisation Mondiale de la santé : *la santé pour tous en l'an 2000.*

Mythe fondateur au regard de l'Etat moderne, la santé l'est également pour "l'Etat nouveau". Elle faisait partie de ces changements dont l'Indépendance était promesse et qui, d'après Ernest Gellner, caractériseraient les "sociétés de transition" : des sociétés où la légitimité est basée sur la promesse d'un accomplissement futur (éradication de la pauvreté et autres symptômes du sous-développement), qui requiert une transformation radicale, mais dont la réalisation et les moyens relèvent de ce monde et non du surnaturel (11). En d'autres termes, des sociétés dont les gouvernants sont particulièrement enclins à puiser dans les ressources de l'utopie.

Dans le cas d'espèce, l'utopie étatique épuisera ses ressources du fait notamment de distorsions entre la dynamique des besoins et les impératifs de la cohésion et de la reproduction sociales. Dès lors, la "transition"

sera paradoxalement sans fin, "bloquée" a-t-on coutume de dire. Son contenu sera celui de sociétés composites, caractérisées par le chevauchement d'aspects partiels de différents types de formes sociales (12).

BESOIN MEDICAL ET ETAT

On ne reprendra pas ici les termes du débat sur la pertinence de la notion de besoin en général (13). On se bornera à préciser le contenu que nous lui assignons au regard de notre propos : les besoins de santé.

Ces derniers, tels qu'ils sont ressentis, ne dépendent pas directement de la nature et de la distribution de la maladie dans une société ou à une époque donnée. Ils participent de représentations de la maladie, elles-mêmes associées à des modes de domination et d'organisation sociales. Le besoin de santé est devenu besoin médical, besoin des services offerts par des spécialistes dont le monopole incorpore une nosologie. La maladie ne crée pas le besoin médical. Ce sont les services médicaux qui produisent "la maladie ou pour le moins le malade en créant de nouvelles entités morbides, en les divulguant et en enseignant le langage dans lequel elles peuvent être exprimées, c'est-à-dire en diffusant les signes physiques et les sensations corporelles qui signalent leur présence" (14).

Pas plus qu'ils ne postulent une essence, les besoins ne sont de simples attributs de l'individu. Ils revêtent un caractère social et ce, à un double titre. Compte tenu de leur dimension culturelle, ils sont besoins dans un système social donné. D'autre part, du fait même de cette détermination, ils correspondent aux besoins du système (15), ceux de la reproduction et de la cohésion sociales. En ce sens, le besoin médical n'est pas seulement besoin des services produits par les médecins. Il est également besoin de la reproduction élargie de la domination médicale sur le champ sanitaire et besoin de régulation et de légitimation de l'Etat.

Les caractéristiques des besoins ressentis par les individus sont indissociables d'un certain nombre de régulations relevant de ce que Jürgen Habermas appelle "l'intégration du système" (16). De ce point de vue, les besoins de santé, médicalement et politiquement définis, renvoient notamment aux modalités de régulation de la population et de la force de travail.

D'autre part, si l'on raisonne dans le cadre de "l'Etat de bien-être", l'Etat-Providence, le cycle de production et de satisfaction des besoins individuels tendra également à la légitimation du système, à "l'intégration sociale" suivant la terminologie de J. Habermas. Il contribuera au maintien de l'identité collective des acteurs sociaux. Une contribution d'autant plus nécessaire que l'interventionnisme étatique, impératif de l'intégration du système, a miné les assises de ce qui constituait le mode de légitimation de l'Etat libéral. Elle compense un déficit de légitimation par l'allocation de

valeurs d'usage, formes de dédommagements d'une citoyenneté devenue passive. Ce faisant, elle laisse entrevoir la perspective d'une crise de légitimation, liée soit à un décalage entre l'augmentation des "prétentions à des dédommagements conformes au système" et la croissance de "la masse des valeurs disponibles", soit à un déphasage entre la nature des attentes et celle des dédommagements que le principe d'organisation du système autorise (17).

Dans le contexte de la Tunisie indépendante, le problème posé par la dynamique des besoins n'est point, à proprement parler, celui de l'éventualité d'une crise de légitimation. Il est étroitement lié à un déficit structurel de légitimité.

Dans les pages qui suivent, la dynamique du besoin médical sera appréhendée en fonction de ce cadre général d'analyse, aux fins d'illustration des limites du clientélisme d'Etat, effets pervers de l'utopie étatique sur la société et l'Etat lui-même (*).

En un premier temps, les traits marquants de l'évolution de l'offre de soins et de la consommation médicale seront situés dans le contexte général du changement social, à savoir un ensemble de mutations marquées par une individualisation des comportements mais aussi par un approfondissement des disparités sociales et des discontinuités culturelles affectant les capacités symbolique et régulative de l'Etat.

Les tensions inhérentes à ces mutations seront ensuite explicitées suivant trois "coupes" distinctes des mêmes phénomènes.

L'évocation des *références profanes de la médecine* tendra à cerner l'impact de la diffusion du besoin médical, besoin des services produits par les médecins : la récurrence des pratiques thérapeutiques non médicales et les représentations de la profession médicale traduisent une diversification des attentes significative du problème de la congruence des besoins ressentis et des offres étatiques.

Le besoin médical sera abordé également en tant qu'impératif de reproduction de la domination de la profession médicale sur le champ sanitaire *(références professionnelles de la santé)*. L'examen des caractéristiques de segmentation de la profession fera apparaître les obstacles à une rationalisation de l'offre de soins.

Enfin, on s'interrogera sur les orientations de la politique de la santé au regard des impératifs de régulation du besoin médical et de leur articulation avec les normes générales de l'action gouvernementale. L'accent sera mis sur les difficultés d'un redéploiement du dispositif sanitaire et d'un

(*) Ce travail s'appuie notamment sur les résultats de deux enquêtes par sondage, dont les modalités sont évoquées en Annexes du présent ouvrage.

réaménagement de son schéma de financement susceptibles de répondre, à la fois, à la surcharge de l'Etat et aux attentes de la société.

En livrant aux lecteurs les résultats de sa recherche sur "une archéologie du regard médical", Michel Foucault s'écriait :

> "Une fois pour toutes, ce livre n'est pas écrit pour une médecine contre une autre, ou contre la médecine pour une absence de médecine".

Qu'il nous soit permis de reprendre à notre compte cette mise au point et d'ajouter : notre ouvrage n'est pas davantage écrit pour un Etat contre un autre, ou contre l'Etat pour une absence d'Etat. Sa démarche, qui se veut compréhensive, rend hommage en définitive à la médecine et à l'Etat. Elle emprunte en quelque sorte au langage de la première pour demander au second : "Où avez-vous mal ?" (18).

Mais chacun sait, à commencer par ses praticiens, que la médecine n'est pas une science exacte...

NOTES

(1) On prête à Lénine cette formule sur la santé "précieuse propriété d'Etat". D'après Perrin (Guy), "Pour une sociologie de l'organisation des soins médicaux" *in Santé, Médecine et Sociologie* (Colloque international de sociologie médicale, Paris, 6-9 juillet 1976), Paris : CNRS-INSERM, 1978 : 456 (note 2).

(2) Cf. à ce sujet Laroui (Abdallah), *L'Etat dans le monde arabe contemporain. Eléments d'une problématique,* Louvain-la-Neuve, Centre de Recherches sur le Monde arabe contemporain, s.d. Repris *in* Laroui (Abdallah), *Islam et Modernité,* Paris : La Découverte, 1987 : 11-46.

Sur la distinction *autorité/puissance* au regard de la culture et de l'histoire arabo-musulmanes, voir Badie (Bertrand), *Culture et Politique,* Paris : Economica, 1983.

(3) Cf. Camau (Michel), "L'Etat tunisien : de la tutelle au désengagement. Portée et limites d'une trajectoire", *Maghreb Machrek,* 103, janv.-fév.-mars 1984 : 8-38 ; Camau (Michel) éd. *Tunisie au Présent. Une modernité au-dessus de tout soupçon ?* Paris : CNRS, 1987.

(4) Foucault (Michel), *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical,* Paris : PUF, 1963 : 31-35.

(5) Musil (Robert), *L'homme sans qualités,* traduit de l'allemand par Philippe Jacottet, 2e éd., t. 1., Paris : Le Seuil, 1982 : 296.

(6) Freidson (Eliot), *La profession médicale,* traduit de l'américain par Andrée Lyotard-May et Catherine Malamoud, Paris : Payot, 1984 : 15.

(7) Illich (Yvan), *Némésis médicale : l'expropriation de la santé,* Paris : Le Seuil, 1975.

(8) Dupoux (Dr), "Assistance médicale et hygiène" *in Tunisie,* Paris : *Encyclopédie coloniale et maritime,* 1942 : 94.

(9) Discours prononcé, le 2 juin 1956, à l'occasion des Premières journées socio-médicales tunisiennes. Syndicat national des Médecins tunisiens, *Premières journées socio-médicales tunisiennes,* Tunis : 1956.

(10) Discours prononcé à Carthage, le 24 juin 1966. Extrait reproduit *in* Agence TAP, *Citations de Bourguiba* : 21-22.

(11) Gellner (Ernest), "Democraty and Industrialisation", *Archives Européennes de Sociologie,* VIII, 1, 1967 : 47-70.

(12) Sur la "société composite" cf. Pascon (Paul), "La formation de la société marocaine", *Bulletin Economique et Social du Maroc,* janv.-juin 1972 : 1-25.

(13) Sur ce débat, cf., par exemple :

- Godard (François), "De la notion de besoin au concept de pratique de classe (Notes pour une discussion)", *La Pensée,* (166), déc. 1972 : 82-108.

- Brochier (Hubert), "La planification devant le problème des besoins" *in Planification et Société* (Actes du Colloque d'Uriage, octobre 1973), Grenoble : PUG, 1974 : 225-236.

- Chombart de Lauwe (Paul-Henry), "Les intérêts contre les besoins. La double nécessité", *La Pensée* (180), avril 1975 : 122-139.

Voir, aussi, les remarques de Debray (Régis), *Critique de la raison politique,* Paris : Gallimard, 1981 : 289.

Nous retiendrons que les besoins conjuguent nécessité vitale et obligation sociale. Reliés à des contraintes transhistoriques, ils sont culturellement déterminés dans leurs modalités de contenu, d'expression et de satisfaction. Ils sont fonction d'une gamme de biens et services disponibles qui constituent tout autant des procédés de satisfaction que des générateurs d'attentes spécifiques.

(14) Boltanski (Luc), "Les usages sociaux du corps", *Annales E.S.C.*, 26, (1), janv.-fév. 1971 : 226-227.

(15) Distinction avancée par Destanne de Bernis (G.), "La notion de besoin en analyse économique est-elle nécessairement inacceptable pour les médecins ?", *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, XII (3), juil.-sept. 1972.

(16) Autrement dit, de l'aptitude des principes d'organisation d'un système à maîtriser les changements, cf. Habermas (Jürgen), *Raison et légitimité. Problèmes de légitimation dans le capitalisme avancé*, Paris : Payot, 1978.

(17) *Id.* : 105.

(18) Foucault (Michel), *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, *op. cit.* : XIV-XV.

I

Changement social et Santé

Dans une étude consacrée en 1979 à l'un des thèmes majeurs de "l'économie de la santé", la croissance des dépenses sanitaires, un collectif de chercheurs français constatait l'impossibilité d'appréhender son objet en fonction d'un "rapport causal simple". L'évolution de la consommation médicale, observait-il, ne se situe pas "en aval" d'une série de mutations sociales, qui en expliqueraient les tenants et aboutissants. Et nos auteurs d'ajouter: "Ni cause ni effet, ni principe ni conséquence, le processus que nous étudions 'constitue', au sens actif du terme, le changement social, aux côtés d'autres mutations élémentaires avec lesquelles elle entretient des rapports de détermination réciproque" (1).

Leurs conclusions constitueront, en quelque sorte, nos prémisses, bien que nos interrogations ne portent pas exclusivement sur les dépenses de santé ou la consommation médicale. Elles soulignent, en effet, les limites d'une approche du champ sanitaire en termes de système de santé et de relations avec l'environnement. Dans le cas d'espèce, elles suggéreraient, si nécessaire, de rompre avec le présupposé d'une extériorité de l'évolution sanitaire au regard de la dynamique de changement enclenchée, sinon maîtrisée, par l'Etat issu de l'indépendance tunisienne. Précisément, notre propos est d'appréhender la portée et les enjeux de cette dynamique en tirant parti des illustrations fournies par le champ sanitaire : maladies prévalentes, offre de soins, consommation médicale, expérience de la maladie, représentations de la santé et de la maladie, ensemble de phénomènes recouverts par la notion de système de santé (2). Autrement dit, la Santé sera envisagée comme site d'observation du changement. Son intérêt en la matière est à la mesure du rôle que lui assignait la logique fondatrice du Nouvel Etat.

La symbolique de l'Etat républicain, la rhétorique de ses dirigeants et la trame de ses initiatives et interventions ont développé une pédagogie de la modernité se fixant pour objectif l'émergence d'un homme nouveau, d'un individu responsable libéré des allégeances aux groupes primaires par l'intégration à une communauté de citoyens égaux en droits et

devoirs, et affranchi des mentalités "désuètes" par l'ouverture à la rationalité de la science et de la technique.

Cette tentative de réforme intellectuelle et morale était sous-tendue par le postulat d'une étroite correspondance entre l'"archaïsme" des comportements et la rareté des ressources. L'émancipation de l'individu et la croissance économique iraient de pair, l'éducation — au sens large — trouvant son corollaire dans l'industrialisation. Toutes deux apporteraient, suivant le slogan des années 1960, "la joie de vivre" *(farhat el hayat)*. Autrement dit, les impératifs de l'intégration sociale et ceux de l'accumulation du capital convergeraient. Les deux fonctions étatiques d'homogénéisation sociale et de régulation de l'accumulation s'exerceraient en symbiose. Dans le cadre d'un processus cumulatif de modernisation, elles donneraient consistance aux formes d'individualisme et de solidarité inhérentes au principe de l'Etat moderne.

Le projet étatique postulait ainsi une "levée en masse", une mobilisation sociale au sens strict que lui assignaient les théories de la modernisation et du développement politique : celui d'un "processus à travers lequel les principaux ensembles d'anciens engagements sociaux, économiques et psychologiques sont érodés ou brisés et les individus deviennent disponibles pour de nouveaux modèles de socialisation et de comportement" (3).

Dans cette perspective, l'appareil de soins apparaissait, avec l'école, comme l'une des principales "institutions missionnaires de modernité" (4). Il s'agissait, en effet, d'"éveiller la population au souci de l'hygiène" en la détachant des pratiques et croyances "archaïques" et d'améliorer ses conditions de vie en offrant à tous les citoyens, quels que soient leurs ressources et leurs lieux d'habitation, la possibilité d'accéder "aux bienfaits des soins médicaux" (5).

De même que l'option affichée en faveur de la scolarisation n'était pas dépourvue de liens avec la thématique de "l'instruction publique" de la Troisième République française, le discours sur la Santé présentait quelque similitude avec l'hygiénisme du XIX^{e} siècle. A l'instar de celui-ci, il se situait dans une perspective d'intégration des "classes dangereuses" par l'inculcation des normes et valeurs du groupe social dominant. Toutefois, sa visée s'avérait moins moralisatrice que "civilisatrice". Dans le contexte de la révolution industrielle le courant hygiéniste du XIX^{e} siècle français identifiait la misère sociale comme principal agent de diffusion de la maladie et l'associait au vice, source de tous les maux. Il entendait sauvegarder la santé physique et morale du prolétariat et, partant, de la société, en le motivant pour les vertus bourgeoises de propreté et de modération (6). En revanche, lors de l'Indépendance tunisienne, pour l'élite dirigeante du Nouvel Etat, le corollaire principal de la misère résidait dans l'ignorance et non, à proprement parler, dans l'immoralité. Les thèmes de

l'éveil au "souci de l'hygiène" et de l'accès aux "bienfaits des soins médicaux" relevaient, en quelque sorte, d'une problématique du passage de "l'âge métaphysique" à "l'âge scientifique", de l'ère de l'irresponsabilité et de la sujétion à celle des droits et devoirs du citoyen.

Le champ sanitaire deviendrait ainsi l'un des lieux de promotion de l'individu et de constitution d'un nouveau type de solidarité. Erigée en attribut de l'individu, la Santé serait prise en charge par la collectivité étatique. Plus précisément, le diptyque individualisation-socialisation procèderait d'une médicalisation, d'une reproduction élargie de la domination du champ sanitaire par un corps organisé de spécialistes, la profession médicale, sous l'égide de l'Etat, garant de la reproduction sociale.

De fait, l'émergence du Nouvel Etat a correspondu à une dynamique de changement. Mais celle-ci, est-il besoin de le souligner, n'a pas été synonyme de processus harmonieux réalisant les présupposés du projet étatique et... des théories du développement. Elle a donné lieu à un phénomène massif de mobilité affectant les individus du triple point de vue de leurs modalités d'insertion dans l'ensemble social, de l'origine, de la nature et du niveau de leurs ressources et de leurs comportements. Dans les limites de cette acception, la mobilisation a induit une transformation du mode de vie, porteuse de disparités et de discontinuités. Le champ sanitaire, dont la médicalisation (7) figure l'une des dimensions de la mobilisation, illustre l'instabilité et l'hétérogénéité de ce nouveau mode de vie. Il offre un condensé des données du problème de la conversion de l'Etat en pôle d'identification collective dans le cadre d'un processus asynchrone de changement social.

I – MOBILITE

La visée modernisatrice du Nouvel Etat tunisien pourrait être résumée dans le triptyque : scolarisation, urbanisation, industrialisation.

Sans doute, l'amorce des processus de scolarisation, d'industrialisation et d'urbanisation est-elle antérieure à l'Indépendance. Le Protectorat pouvait se prévaloir d'importantes réalisations en ces domaines, grâce notamment au développement des communications et des infrastructures (parmi lesquelles, l'armement sanitaire). Mais, du fait même de l'extraversion intrinsèque de l'entreprise coloniale, cette modernisation s'était révélée à certains égards synonyme de désarticulation. On mentionnera pour mémoire la rupture des relations de complémentarité entre les différentes régions et l'aggravation des déséquilibres entre la Tunisie "utile", urbanisée, du Nord et du littoral et le Sud du pays. Pour la majorité des Tunisiens,

l'impact du capitalisme colonial et de l'administration du Protectorat s'était soldé par un refoulement en lisière des bienfaits, réels ou supposés, de la modernité. La croissance urbaine et industrielle s'était opérée suivant des modalités faisant obstacle à son accession à l'emploi qualifié et à la consommation de masse. Le développement d'un secteur agro-minier et l'ouverture du marché aux produits métropolitains l'avait confinée dans le salariat subalterne de l'industrie minière, des activités portuaires et des transports, le travail agricole et le sous emploi, réserve de main-d'oeuvre sans formation et à bas prix, et l'avait pratiquement exclue de la consommation de biens durables (8). Seule une minorité avait pu franchir les portes de l'école et postuler à des emplois qualifiés, principalement dans l'Administration. Mais sa mobilité de statut trouvait ses limites dans la discrimination inhérente au régime colonial. C'est elle qui devait encadrer le Mouvement national, catalyseur et vecteur de protestations contre une modernité allogène et d'aspirations aux bienfaits matériels de cette même modernité.

L'Indépendance était censée apporter tout ce que la colonisation avait suggéré et refusé : la modification des conditions de vie et l'accès à la consommation de nouveaux biens et services. De ce point de vue, l'école, filière de promotion, la ville, foyer d'équipements, sanitaires notamment, et l'usine, vecteur d'emplois, figuraient au coeur des mythes fondateurs du Nouvel Etat.

Modification des conditions de vie

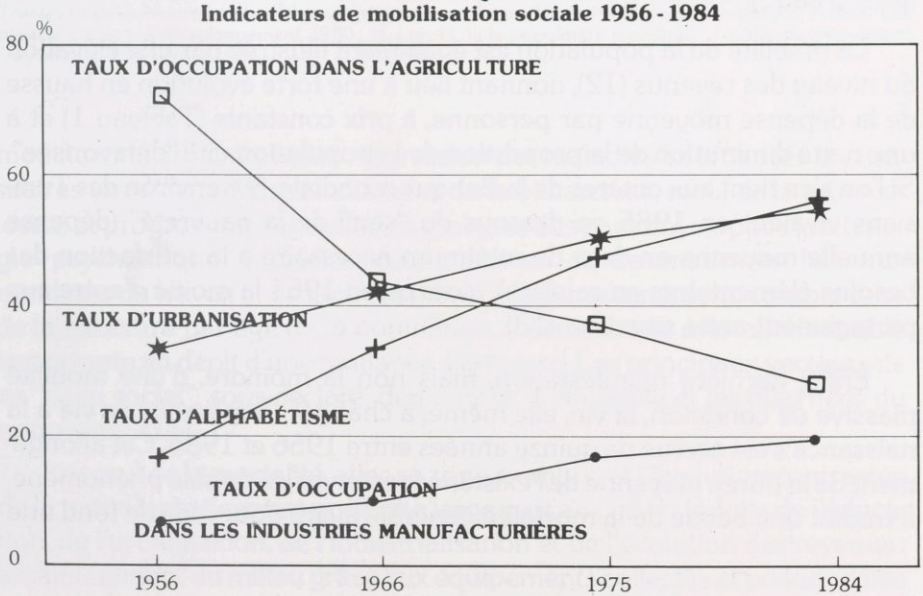
L'Indépendance a levé certains des verrous qui fermaient les portes de l'école au plus grand nombre. En 1984, plus de la moitié de la population âgée de dix ans et plus était réputée savoir lire et écrire. La proportion n'est sans doute pas à la mesure des espoirs mis dans le développement du système scolaire. Elle n'en traduit pas moins un recul continu de l'analphabétisme, assorti d'une élévation générale du niveau d'instruction de la population active. Les individus dotés d'un capital scolaire de niveau secondaire ou supérieur représentaient, en 1984, près du quart des actifs contre moins de 10% en 1966 (9).

La qualification accrue de la population active s'est doublée d'un transfert entre secteurs d'activité. La contribution du secteur agricole (agriculture proprement dite et pêche) à la structure de l'emploi n'a cessé de diminuer, tandis que progressaient celles des industries manufacturières et du tertiaire. En 1956, le secteur agricole mobilisait les deux tiers de la population effectivement occupée ; en 1984, il n'en réunissait plus que le tiers. Comme le suggère son ampleur, la diminution en valeur relative recouvre une baisse en valeur absolue. Mais elle ne correspond pas à un processus cumulatif d'industrialisation qui absorberait la force de travail "libérée" dans l'agriculture par la concentration foncière et la mécanisation. Elle

exprime, à certains égards, une dévalorisation du travail agricole, décalée par rapport aux besoins du secteur et aux capacités d'absorption de l'industrie. Cet effet pervers des caractéristiques du système éducatif et de l'attraction urbaine est partiellement compensé par la soupape de l'émigration et les débouchés précaires de la branche du bâtiment et des travaux publics. Les industries manufacturières, le secteur industriel proprement dit, ne représentaient, en 1984, que 19% de la population effectivement occupée, taux largement en deçà de celui de l'ensemble du tertiaire (33%) et légèrement supérieur à celui des seuls services administratifs (17%).

La baisse de volume de l'emploi agricole et le développement du salariat de l'industrie et des services sont indissociables d'une autre dimension de la mobilisation sociale : la croissance urbaine. On ne saurait, bien évidemment, postuler de correspondance terme à terme entre population rurale et emploi dans l'agriculture, pas plus qu'entre le salariat des services et de l'industrie et le milieu urbain. D'après Pierre Signoles, la moitié environ des agglomérations urbaines tunisiennes se caractérisent par la prépondérance ou l'importance de leur fonction agricole. Néanmoins, l'urbanisation est sous-tendue par une diffusion des équipements scolaires, sanitaires et administratifs, et, partant, de l'emploi non agricole, aux différents niveaux de la hiérarchie des agglomérations. Des localités, de taille réduite et jusque là à dominante agricole sont ainsi devenues des pôles d'attraction de l'exode rural.

GRAPHIQUE 1
Indicateurs de mobilisation sociale 1956 - 1984



Le taux d'urbanisation n'a cessé de croître d'un recensement à l'autre, pour se situer aux environs de 53% en 1984 (10). Plus exactement, s'agit-il, en l'occurrence, d'un taux de "communalisation" : la population "urbaine" est officiellement évaluée en fonction de l'implantation dans les périmètres communaux. Il situe l'ampleur de la croissance urbaine, mais, inconvénient majeur, il ne permet pas d'en apprécier la portée exacte.

Le critère communal conduit à recenser comme "urbaines" des populations non citadines. Inversement, des populations citadines sont comptabilisées comme "rurales". Il en va ainsi notamment de quartiers péri-urbains de Tunis qui, lors du recensement, ne relevaient pas d'un périmètre communal. D'où une sous-évaluation du solde migratoire en faveur des villes (11).

Par ailleurs, la création de nouvelles communes et l'extension de périmètres communaux déjà existants, entre deux recensements, contribuent également à fausser les perspectives. Cependant le mouvement de communalisation qui "dope" en quelque sorte le taux officiel d' "urbanisation" est, en lui-même, révélateur du recul des campagnes et d'un accès à la citadinité. La transformation de localités en communes ou leur intégration dans un périmètre communal procèdent, dans une large mesure, d'une logique foncière : elles assurent le transfert de terres dites "agricoles" sous le régime des terrains à bâtir. Par là, elles répondent à des exigences de gestion administrative des sols et de plus-value foncière face à la pression de la demande de construction de logements. D'autre part, du point de vue des conditions de vie des administrés, la communalisation est susceptible de favoriser l'obtention d'équipements collectifs (voirie, adductions d'eau...).

La mobilité de la population est également illustrée par une élévation du niveau des revenus (12), donnant lieu à une forte évolution en hausse de la dépense moyenne par personne, à prix constants (Tableau 1) et à une nette diminution de la proportion de la population dite "défavorisée". Si l'on s'en tient aux critères de la Banque mondiale, 8% environ des Tunisiens vivaient en 1985 en dessous du "seuil de la pauvreté" (dépense annuelle moyenne en deçà du minimum nécessaire à la satisfaction des besoins élémentaires en calories), alors qu'en 1961 la moitié d'entre eux partageaient cette situation (13).

Enfin, dernière manifestation, mais non la moindre, d'une mobilité massive de condition, la vie, elle-même, a changé : l'espérance de vie à la naissance s'est accrue de quinze années entre 1956 et 1985. Cet allongement de la durée moyenne de l'existence recouvre un double phénomène. Il traduit une baisse de la mortalité générale ayant pour toile de fond une

TABLEAU 1
Évolution de la dépense annuelle moyenne par personne (dinars constants 1985)

	Montant	Taux d'accroissement annuel moyen	
		Périodes intermédiaires	Ensemble période 1966-1985
1966	206 D		
		5,0%	
1975	321 D		4,4%
		4,1%	
1980	392 D		
		3,7%	
1985	471 D		

Sources : I.N.S. Enquêtes sur le budget et la consommation des ménages.

TABLEAU 2
Indicateurs de santé

	Tunisie 1956	Tunisie 1966	Tunisie 1975	Tunisie 1985	Algérie 1983	Suède 1983
Espérance de vie à la naissance : années	47	53	57	62	56	75
Taux de mortalité générale : °/oo	20	15,3	10	6,7	14	11
Taux de mortalité infantile : °/oo	200	125	96,1	50/60	118	6,7

Sources : Bchir (Mongi), *La population tunisienne, caractéristiques et évolution récente*, Tunis : Institut Supérieur de l'Éducation et de la Formation continue, 1986 ; ministère de la Santé publique, *1956-1986, Trente ans au service de la santé. Un engagement, une éthique*, Tunis, 1986 ; Banque mondiale, *Tunisie. Les aspects sociaux du développement*, 1980 ; " Le profil de la population mondiale ", *Le Monde, Dossiers et Documents*, 108, février 1984.

modification de la morbidité : régression des maladies infectieuses et parasitaires (éradication du paludisme et de la bilharziose, recul de la tuberculose...) et progression des maladies typiques des pays développés (pathologie psychiatrique, maladies dégénératives et traumatismes liés aux accidents du travail et de la circulation) (14). Simultanément, compte tenu de la structure par âge de la population, il occulte une mortalité infantile importante en dépit d'une tendance à la baisse. Les principaux vecteurs de ce "fléau social", sous-déclaré, demeurent la rougeole et les diarrhées du nourrisson (15).

Le recul de la mortalité, avec sa zone d'ombre, et l'évolution contrastée de la pathologie tiennent pour une large part aux effets induits de l'éducation, de l'urbanisation, de l'industrialisation et de l'évolution des revenus : assainissement du milieu grâce aux équipements collectifs et pollution liée

aux nuisances urbaines et industrielles ; amélioration de l'hygiène individuelle favorisée par l'éducation et l'élévation du niveau de vie, mais aussi détérioration de celle-ci (tabagisme, alcoolisme...) ; lent recul de la malnutrition et manifestations d'une suralimentation prédisposant à certaines maladies dégénératives (diabètes, hypertension) (16). De ce point de vue, ils apparaissent comme des produits de la mobilité d'une population et figurent parmi ses nouvelles conditions de vie. Une optique strictement sanitaire, en revanche, les identifierait à des "indicateurs de résultat" d'une densification du réseau sanitaire.

Bien que leur impact spécifique soit difficilement mesurable, les actions préventives et curatives de l'appareil de soins ont certainement contribué à la baisse de la mortalité et au recul des maladies infectieuses et parasitaires. Mais ce n'est pas sous-estimer la portée de l'intervention médicale que de considérer qu'elle se situe tout autant en aval qu'en amont de ces mutations. Celles-ci stimulent l'attention portée au corps et, par là même, valorisent le recours aux prestations des médecins. Ces dernières, quant à elles, élargissent la diffusion des catégories médicales de la santé. Ce faisant, elles influent sur l'expérience individuelle de la maladie, les "profanes" tendant à percevoir comme morbides des sensations qui, antérieurement, ne relevaient pas de leur code du pathologique (17). Le renforcement de l'offre de soins et les modifications de la mortalité et de la morbidité, indicateurs sanitaires respectivement "de moyens" et "de résultat" produisent ainsi des effets cumulatifs dans le sens d'une disponibilité accrue envers "les bienfaits des soins médicaux". A ce titre, ils constituent également des indicateurs de mobilisation sociale.

L'évolution des effectifs médicaux par rapport à celle de la population constitue la manifestation la plus spectaculaire d'un élargissement de l'offre de soins. Compte tenu du départ massif des médecins européens au lendemain de l'Indépendance, la densité médicale a, d'abord, connu une forte baisse, ne retrouvant qu'au seuil des années 1970 son niveau de 1956. Mais, par la suite, l'effort intensif de formation a assuré une expansion soutenue de la démographie médicale. En 1985, la Tunisie comptait plus de quatre médecins pour 10 000 habitants, ratio supérieur à celui de la majorité des pays du Tiers-Monde. Le nombre d'étudiants en médecine laisse entrevoir une proportion de sept médecins pour 10 000 habitants en 1991. Si les flux de diplômés des facultés tunisiennes de médecine devaient dans l'avenir connaître le même rythme, le pays disposerait de dix médecins pour 10 000 habitants en l'an 2000 (18).

Les dépenses d'équipement sanitaire, qui incluent au demeurant les crédits destinés aux infrastructures de formation, ont mobilisé une part croissante de l'investissement total (19). Leur portée se mesure au volume de créations d'unités de soins relevant des différents niveaux de la pyramide hospitalière (Tableau 3).