

# DU CONTENU AMBIGU DE LA SANTÉ :

## *Une enquête auprès des médecins tunisiens*

Chiha GAHA

*Chiha GAHA est Maître-assistant à l'Institut Supérieur de Gestion (ISG) de l'Université Tunis III. Le texte ci-après est tiré, pour l'essentiel, de sa thèse d'État Pour une analyse constructiviste du contrôle organisationnel. L'exemple de l'hôpital, soutenue en mai 1997 à Tunis.*

De nombreuses études et investigations montrent, aujourd'hui, que les systèmes de production de soins ne sont pas les seuls facteurs qui déterminent ou conditionnent l'état de santé d'une population (Mustard 1996). Paradoxalement, dans la plupart des pays, c'est principalement ce mode de production qui bénéficie de la plus grande sollicitude financière, sociale et politique. En effet, depuis plusieurs décennies, et probablement depuis la définition ambitieuse de la santé par l'O.M.S. en 1946, les gouvernements des pays développés et en développement ne cessent d'accorder à ce secteur un intérêt grandissant et de plus en plus de ressources. Cependant, s'il est évident que la production des soins est dévoreuse de ressources et nécessite pour soutenir son fonctionnement des budgets de plus en plus élevés, sa "performance", soutiennent plusieurs chercheurs, serait, de moins en moins convaincante (Mougeot 1994). Pour maintenir le même niveau de réalisation, il serait nécessaire de faire de plus en plus d'efforts et d'allouer davantage de ressources financières. Tel serait

le dilemme qui caractérise la problématique de la production des soins. Et la question qui se pose est de savoir comment briser le cercle vicieux, comment réduire les dépenses allouées sans affecter pour autant les performances réalisées ?

Pour sortir d'un tel "statu quo impossible" (Contandriopoulos 1994), il y a lieu, au départ, croyons-nous, d'investir les organisations de soins pour comprendre la logique des acteurs impliqués. Une meilleure maîtrise des représentations des médecins, acteurs centraux de l'institution hospitalière et seuls autorisés à "dire ce que sont la santé et la maladie et de soigner" (Freidson 1984 : 15), nous autoriserait à mieux comprendre les jeux et les enjeux et probablement à mieux expliquer ce dilemme. Tel est l'objet de la présente étude. Construite à partir d'une enquête sur le terrain<sup>1</sup>, celle-ci vise l'élucidation de deux objets. Dans une première partie, nous chercherons à voir comment les médecins tunisiens se représentent la santé, ce qui nous permet de saisir leurs modes de production et leurs choix thérapeutiques. Dans la seconde partie, il sera question des déterminants qui conditionnent, selon nos sujets, l'état de santé d'un ou plusieurs individus. A travers ces déterminants, nous saurons apprécier l'effet des facteurs qui favorisent la santé et accroissent "la possibilité pour le vivant de s'accomplir" (La Recherche 1995).

## SANTÉ ET PRODUCTION THÉRAPEUTIQUE

La première question que nous avons posée aux trente médecins rencontrés pour réaliser la présente étude<sup>2</sup> porte sur la santé et sur sa signification. À travers notre question : “quelle définition donneriez-vous à la santé ?”, nous avons cherché à comprendre le contenu que chacun des médecins donne à celle-ci, ce qui nous autorise à mieux cerner sa représentation de l’objet à la réalisation duquel il participe, et de saisir la logique qui appuie son comportement. Par la définition de son objet, le sujet peut nous éclairer sur les motivations qui sous-tendent ses choix et ses préférences thérapeutiques. Cependant, telle que nous l’avons formulée, notre question a été souvent perçue comme “complexe” ou de nature plutôt “philosophique”. Au-delà de cette première réflexion, pour plusieurs médecins, la santé est un “tout”. “Elle est difficile à définir”, “embrouillée” et échappe à “toute détermination rigoureuse”. C’est une notion “polysémique” précise un médecin chef de service. Elle recouvre “plusieurs significations différentes, et parfois non concordantes” ajoute un médecin de l’hôpital Charles Nicolle, professeur à la faculté de médecine de Tunis. Pour d’autres, la santé est approchée comme étant une “absence de maladie ou d’altération”, une “absence de dysfonctionnement biologique et mental”. Elle est aussi définie comme “un état de normalité ou sensation de bien-être”. Elle se forme “quand un individu est en possession de l’ensemble de ses facultés organiques et fonctionnelles”, “quand il dispose de sa capacité de faire”. Pour une interne à La Rabta, il y a santé quand un “individu est exempt de tout trouble ou désordre physiologique ou mental”. Pour un autre médecin de Sahloul, la santé est “un don de Dieu”, elle apparaît “quand un être humain accomplit normalement et dans de bonnes conditions ses responsabilités sociales et professionnelles”.

Telles sont les principales définitions avancées par les médecins tunisiens. Des définitions que nous qualifions de “volontaristes”, quand la santé est appréhendée sous l’angle de l’individu ; de “déterministes”, quand celle-ci est perçue à travers le prisme social, et “d’intersubjectives”, quand il y a prise en compte, à la fois, de l’acteur et du système. Ainsi, pour un premier groupe relativement majoritaire (quatorze médecins sur les trente interrogés), la santé est appréhendée comme une sensation individuelle.

Elle se définit par référence à un état “psychologique”. C’est un “état de bien-être physique et mental ressenti par un individu donné”. Un deuxième groupe composé de treize médecins considère la santé, plutôt, dans sa globalité structurelle et privilégie dans ses acceptions “la dimension sociale”. Selon eux, la santé se définit au regard de la “fonctionnalité” déployée par chacun des individus et elle existe quand le sujet accomplit “normalement ses facultés biologiques et mentales”, quand “il ne présente pas d’anomalies dans l’exercice habituel et quotidien de ses fonctions et rôles”. La dernière catégorie des réponses est avancée par trois médecins seulement et semble apprécier la santé comme le produit d’une “sensation psychologique” soutenue par un “schéma social ambiant”. Pour ces derniers, la santé est signifiée comme une “sensation psychologique qui se traduit par une capacité sociale d’être et de faire”. Conjonctive, elle se forme, soutiennent-ils, à la “frontière” de deux catégories complémentaires : le psychologique et le social. Pour un médecin, chef de service à l’hôpital de pneumo-phtisiologie de l’Ariana, la santé est une “sensation individuelle inscrite dans un espace social”. Elle est, ajoute-t-il, “une sensation psychologique qui prend valeur et signification à travers le milieu social environnant”.

## LES CHOIX THÉRAPEUTIQUES DES MÉDECINS TUNISIENS

Ayant défini ce qu’est la santé, nous avons demandé à chacun de nos interviewés de préciser les modes thérapeutiques qu’ils chercheraient à mettre en oeuvre pour reproduire ou maintenir un état de santé. Suite à la première question, les médecins se trouvent ainsi appelés à clarifier leurs perceptions et méthodes thérapeutiques. L’appréhension des médecins de la maladie et des modes de production à mettre en construction ne semble pas correspondre aux définitions conférées à la santé. Pour l’ensemble des sujets questionnés, la santé est souvent présentée comme une catégorie distincte de la maladie. En effet, si la santé, comme il a été rapporté dans une première question, paraît concerner l’individu ou son agir social, c’est un état, ou une sensation, exprimé par un acteur situé. Dans la définition de la maladie, c’est plutôt la santé qu’on évoque et celle-ci devient un objet que seuls les médecins sont capables de réaliser. Parce que la maladie serait une “entité objective et définissable”, les réponses obtenues mettent principalement en scène

les médecins et oublient les sujets malades. Avec leur maladie, les sujets semblent perdre la santé ainsi que leur capacité de dire et de juger. C'est pour cette raison d'ailleurs que dans la plupart des réponses avancées, les médecins privilégient l'approche curative et évacuent toute participation des malades dans la construction des démarches thérapeutiques. Pour les médecins tunisiens, recouvrer la santé c'est, en définitive, chercher à corriger les éventuelles altérations, et cette action de correction est de leur ressort.

## POUR LA MISE EN PLACE D'UNE THÉRAPIE CURATIVE

Pour la majorité des médecins (24 sur les 30 interviewés), la maladie est définie comme une "altération". C'est un dysfonctionnement, ajoutent-ils, "de nature essentiellement somatique" ; il est "biologiquement déterminé". Celui-ci "apparaît et est saisissable lors de l'action au quotidien", "lors des divers processus et des rapports sociaux". Une telle "anomalie se matérialise par une rupture entre les différents rôles normalement impartis et leurs mises en exécution". Ainsi, il y a maladie, répètent de façon plus ou moins similaire les 24 médecins, quand apparaît une "disjonction entre rôles attendus et exécutions faites". Et dans un pareil cas de désunion, "la thérapeutique à mettre en place est essentiellement curative". Pour pallier les dysfonctionnements, il y a lieu de mettre en place, précise un chef de service à l'hôpital Sahloul, "un ensemble d'ordonnances de correction, de prescrire des mesures susceptibles de permettre aux malades de retrouver leur équilibre et leur efficacité antérieurs". En cas d'anomalie, il y a lieu d'intervenir, de "régulariser pour retrouver l'état initial de bonne santé", ajoute un autre médecin de l'hôpital A. Othmana. Selon ces médecins, recouvrer la santé c'est en quelque sorte recouvrer la "normalité fonctionnelle", c'est "se rétablir" dans ses fonctions sociales ou professionnelles et pouvoir "reproduire" sans difficulté ou anomalie les pratiques habituellement en circulation dans le milieu. Pour plusieurs médecins, la "normalité", ce mot souvent repris pour signifier la bonne santé, est définie par référence à un ordre social, à un tout ambiant qui discrimine les "socialement corrects" des "autres", de ceux qui apparaissent comme "déviant". La maladie serait, dans cette approche d'analyse, une catégorie qui échappe à la volonté de l'individu. Elle est "socialement déterminée", elle est

extérieure. C'est l'autre, en l'occurrence le médecin, qui juge la fonctionnalité du "moi" et son état de santé, qui apprécie la "normalité" ou la "non-normalité" d'un mode d'être et d'agir.

Dans cette première perspective, le dysfonctionnement est fondamentalement somatique et est perçu à partir d'une "inefficacité" dans l'être et dans l'agir. Perçue comme une "fracture" entre le statut et le rôle, la maladie apparaît essentiellement fonctionnelle. Objectivée, elle est conditionnée par des règles de conduite et des canons extérieurs. C'est l'ordre social comme un tout supérieur et englobant qui juge et classe les comportements, détermine les déviations et leurs signes distinctifs et décide de la santé et de la non-santé. C'est aussi par référence à cet ordre transcendant qu'il y a choix et mise en œuvre des actions de régularisation. La thérapeutique à mettre en place serait en conséquence un ensemble d'ordonnances de correction, des mesures extérieures aux acteurs jugés malades. C'est ainsi que le rôle du médecin serait "correctif" et "normalisant". Sa principale mission est d'agir pour régulariser les comportements "inadaptés", pour reproduire la "conformité" et recouvrer une congruence "rompue". Et c'est "seulement aux médecins", détenteurs du savoir légal et de l'expertise reconnue, répètent en chœur les 24 médecins, que revient la responsabilité d'entreprendre les "correctifs" et les "réajustements appropriés". "Socialement et scientifiquement reconnus", les médecins sont les "grammairiens" du corps et de l'esprit, les contrôleurs de la "normalité socio-fonctionnelle".

Selon cette optique et suivant la logique des 24 médecins, l'hôpital serait un lieu de vérification de la normalité comportementale des individus, un système de contrôle et de correction qui cherche à instituer un ordre particulier de l'agir, une certaine normalité de l'être et du comportemental. Par la médicalisation et grâce à la main experte des médecins, on prémunit la société contre les "déviant", ceux dont les conduites et les attitudes sont jugées anormales, perverses ou simplement différentes. Par la médecine, on protège la société contre les fous et les dissidents, et grâce aux médecins, on maintient en état d'harmonie et d'équilibre les rapports sociaux et les fonctions. Parce qu'ils disposent de la compétence reconnue, les médecins ont pouvoir sur le corps et droit de regard sur la morale, sur la matière et la norme ; ils peuvent, en cas d'écart ou de nécessité, interner pour examen ou "surveillance"<sup>3</sup> ; bref, ils peuvent exercer "la violence légitime".

## POUR LA MISE EN PLACE D'UNE THÉRAPIE HOMÉOPATHIQUE

À l'opposé de cette approche principalement organiciste, trois médecins focalisent leurs réponses sur le caractère essentiellement subjectif et individuel de la santé et évacuent ce qui est "autre" que le "moi" dans sa formation et dans sa perception. C'est l'acteur qui définit, à partir de sa propre grille référentielle, ce qu'est l'état de sa santé, s'il est malade ou en bonne santé. De cette vision "subjective" de la santé découle une manière spécifique de procéder dans la production de soins et dans la mise en place d'un mode de fonctionnement au niveau de l'hôpital. En effet, si les premiers médecins semblent privilégier une approche organico-fonctionnaliste et appellent à la construction d'une approche de soins fondamentalement curative, ces trois médecins cherchent plutôt à "dé-médicaliser" la santé, à privilégier une "stratégie thérapeutique personnalisée" précise un médecin de l'hôpital Aziza Othmana. Dans cette voie d'analyse, les trois médecins semblent vouloir réhabiliter l'individu et sa manière de voir son état de santé et son "bien-être", "humaniser l'action thérapeutique" et autoriser l'acteur à participer dans l'élaboration de "ses propres solutions de correction".

C'est d'ailleurs dans cette perspective que les trois médecins rappellent la pertinence de l'approche "homéopathique" qu'ils citent comme exemple d'une "médecine efficiente et de coût abordable". L'homéopathie, c'est cette "action thérapeutique" qui se construit à partir des "réactions individuelles du patient" et qui tient compte de "ses prédispositions psychologiques" soutient un médecin de Sahloul. L'homéopathie "se base sur le respect des choix du malade comme une personne humaine qui dispose de son corps et qui doit, de ce fait, participer activement dans le processus thérapeutique", ajoute-t-il. "Contrairement à l'approche clinique classique", celle-ci interpelle la maladie comme une "sensation individuelle et psychologique". Pour ces trois médecins, "la médecine curative n'a pas pu réaliser avec satisfaction les objectifs escomptés". Ses coûts sont de "plus en plus élevés" et ses résultats sont "de moins en moins probants". La médecine actuelle "infantilise le malade", semble s'attaquer davantage aux aspects "biologiques et occulter toutes les autres dimensions, celles afférentes à l'humain, au social ou aux spécificités culturelles".

## POUR LA MISE EN PLACE D'UNE THÉRAPIE "MIXTE"

Au-delà de cette opposition entre les deux approches, trois médecins interviewés considèrent, quant à eux, que la santé n'est pas un produit de nature exclusivement sociale, ni de nature exclusivement individuelle. À l'interface de l'une et de l'autre visions, ces trois médecins appellent, plutôt, à la mise en co-action du curatif et du préventif en même temps. Pour un jeune médecin spécialiste en cardiologie à l'hôpital de La Rabta, "le maintien ou l'amélioration de la santé d'un individu dépend de son état d'humeur, de sa psychologie mais aussi de la drogue et des soins qu'on lui ordonne". Pour un autre médecin de La Marsa, l'état de santé d'un humain dépend de "plusieurs facteurs interliés". Il y a la "qualité de l'environnement", "son niveau de vie et ses conditions matérielles", mais aussi, "la qualité des services de soins offerts dans le milieu dans lequel il vit". Il faut "éviter deux écueils, précise un chef de service, une médecine outrancièrement spécialisée et une médecine exagérément dé-médicalisée". "Nous devons favoriser l'émergence d'une médecine intermédiaire qui, tout en évitant la médicalisation qui caractérise, présentement, la "médecine moderne", cherche à réhabiliter le malade comme acteur concerné par l'action thérapeutique qui lui est ordonnancée". "Il nous faut" une approche qui perçoive la santé dans ses "trois dimensions sociale, individuelle et médicale", ajoute ce dernier. Dans une telle perspective, le médecin serait, en même temps, un pourvoyeur de drogue, mais aussi, d'écoute et d'empathie.

Ainsi, dans cette troisième perspective, la santé n'est pas seulement la projection d'une représentation sociale, le produit d'un diagnostic médical ou d'une sensation individuelle, le fruit d'un système hospitalier ou d'un mode curatif, mais de l'un et de l'autre en même temps. La santé n'est ni de nature sociale, ni de nature individuelle ; elle n'est ni signe, ni symbole mais les deux à la fois. Elle dépend de plusieurs facteurs interliés, de nature psychologique et sociologique.

## LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Pour en savoir davantage sur ces différentes approches (curative, psychologique et psychosomatique), et leur participation effective dans la reproduction de la santé, nous avons demandé à cinq médecins chefs de

service de nous “définir les principaux déterminants qui conditionnent, selon eux, la santé et affectent l’espérance de vie d’une population”. Après examen et délibération, les cinq médecins considèrent que les facteurs essentiels qui affectent et expliquent l’état de santé d’une population sont au nombre de quatre : la “qualité de l’environnement ambiant”, le “système de soins disponible”, le “style de vie mené par chacun” et le “capital biologique humain à la naissance”. Chacun de ces facteurs, soutiennent-ils, intervient, d’une manière plus ou moins déterminante, dans la sauvegarde et la formation de la qualité de la santé d’un individu ou d’une population. L’environnement et son état de pollution, le système hospitalier et son efficacité productive, le style de vie actif ou sédentaire du sujet considéré, et la “biologie humaine” conditionnent ensemble la trajectoire de l’état de santé d’un individu ou d’une population<sup>4</sup>. Pour cerner au mieux la représentation de chacun de ces facteurs et saisir son poids et sa portée, nous avons demandé aux 30 médecins rencontrés de nous spécifier d’une manière précise l’importance de chacun des quatre déterminants et de nous dire l’ampleur de sa “participation” dans “la production” de l’espérance de vie. Pour obtenir une plus grande précision, nous avons demandé aux différents interviewés d’allouer à chacun des facteurs retenus un pourcentage correspondant.

## LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ SELON LES MÉDECINS TUNISIENS

Dans notre développement précédent, nous avons relevé que, parmi les médecins interrogés, plusieurs semblent s’inscrire dans une approche thérapeutique organiciste. Pour vingt-quatre médecins, en effet, la santé est simplement perçue comme l’absence de maladie. Elle prend forme quand l’individu remplit “convenablement” et “normalement” ses fonctions sociales et organiques habituellement attendues. Quant à la médecine, son rôle fondamental est, ajoutent-ils, correctionnel et régularisant. Selon ces réponses, les médecins tunisiens seraient-ils, dans leur majorité, des “fonctionnalistes”, et privilégient-ils plutôt un “système de soins” curatif ? En effet, telles qu’elles sont formulées, les définitions proposées supposent une telle attitude et peuvent, a priori, laisser entendre une préférence pour la médecine organiciste. Une telle conjecture ne résiste pas cependant, à l’analyse, si nous tenons compte des réponses obtenues quand nous leur avons demandé “d’allouer des pondérations chiffrées

pour chacun des quatre déterminants essentiels qui conditionnent et favorisent la bonne santé”. En effet, dans leur affectation d’une pondération précise à chacun des quatre éléments qui déterminent la santé, les médecins tunisiens semblent nuancer significativement leurs premières réponses. La santé n’est plus un “attribut biologique” ; elle n’est pas non plus l’absence d’un “désordre” somatique. Bien au contraire, pour tous les médecins questionnés, la santé semble renvoyer, dans des proportions inégalement réparties, au système de soins en place, à la qualité de l’environnement, au style de vie et au capital biologique à la naissance. Aux yeux des médecins interrogés, le système de soins, à la base de toute la production curative, n’accomplit en définitive qu’un rôle parmi d’autres, un rôle qui paraît, selon le pourcentage des médecins interrogés, relativement facultatif et secondaire, puisqu’il ne contribue que de 25% seulement dans la production de l’espérance de vie. Pour l’ensemble des médecins rencontrés, la contribution moyenne pondérée pour chacun des quatre facteurs proposés dans la détermination de l’espérance de vie est la suivante :

<b>Biologie à la naissance</b>	=	<b>33 %</b>
<b>Style de vie</b>	=	<b>30 %</b>
<b>Système de soins</b>	=	<b>25 %</b>
<b>Environnement</b>	=	<b>12 %</b>

Ainsi, la qualité de la santé d’un peuple ou d’un individu n’est pas seulement fonction du système de soins mis en place mais bien plutôt, selon l’avis des médecins tunisiens, de la dotation individuelle en capital biologique à la naissance (33%), du style de vie (30%) et de la qualité de l’environnement physique (12%). Quant à l’infrastructure hospitalière et l’ensemble des actions de soins engagées, elles ne contribuent réellement que dans une proportion de 25%. Selon les 30 médecins questionnés, la qualité de la santé n’est donc pas tributaire de l’efficacité d’un système de soins, de sa technologie ou de la compétence de ses médecins. Elle est plutôt la résultante de plusieurs éléments extérieurs à l’hôpital et à la médecine. L’espérance de vie serait davantage (à concurrence de 75%) le fruit d’une dotation à la naissance, d’une manière de vivre au quotidien et de la qualité d’un environnement que de l’efficacité proprement dite d’un système de soins. Dans cette

répartition, la santé apparaît moins comme le produit d'un ordre curatif, qu'un ensemble de comportements thérapeutiques. Elle est essentiellement le résultat de la "qualité d'hygiène au quotidien", précise un médecin de Charles Nicolle, d'un "don de Dieu alloué à la naissance" rajoute un médecin de La Marsa.

Mais, si la production de la santé est ainsi perçue par les protagonistes mêmes du système de soins, la question qui se pose est de savoir pourquoi nous allouons alors autant de ressources et d'intérêts à un seul facteur de sa production et négligeons les trois autres facteurs qui, pourtant, participent jusqu'à concurrence de 75% au facteur de l'espérance de vie. En outre, si l'espérance de vie dépend de ces quatre facteurs réunis, pourquoi cherchons-nous souvent à interpeller l'étude de la santé d'une population seulement à travers les dépenses engagées dans le système de soins ? Pourquoi considérons-nous les médecins comme les principaux leviers du maintien et de la reproduction de la santé ?

La répartition des pondérations des médecins est approximative certes, mais suffisamment significative pour nous amener à réviser les choix opérés et probablement à réexaminer nos modes d'allocation des ressources. La Tunisie alloue, aujourd'hui, plus de 6%<sup>5</sup> de son produit intérieur brut pour faire fonctionner le système de soins. Et la question qui se pose est de savoir combien elle alloue pour améliorer l'environnement physique, le capital à la naissance ou la qualité d'hygiène quotidienne des individus.

## CONCLUSION

Au-delà de ces questionnements, l'enseignement que nous pouvons retenir de cette répartition, c'est que la santé, à la lumière de ses différents supports, n'est point le produit exclusif d'un système de soins. Elle est le résultat d'une multitude de facteurs (capital biologique, environnement, style de vie...) à effets variables et contingents, qui s'enchevêtrent les uns dans les autres et empêchent toute action d'élucidation visant à définir l'apport de chacun d'eux sur la production, ou le maintien de l'état de santé. Engagés l'un dans l'autre, les déterminants de la santé présentent, en effet, un enchevêtrement qu'on ne peut facilement démêler.<sup>6</sup>

La santé comme "état" échappe aux règles habituelles de quantification et aux principes analytiques et comptables de la mesure. Celle-ci se constitue à travers des références multiples et

hétérogènes et se forme à partir de la jonction de plusieurs facteurs dont on ne peut distinguer les actions spécifiques de l'un et de l'autre ou encore démêler précisément les causalités.<sup>7</sup>

Outre le flou et l'imbrication qui caractérisent les facteurs "déterminants", la santé, telle qu'elle est approchée par les médecins tunisiens, se présente sous une forme principalement duale : elle serait à la fois une sensation de bien-être individuel, mais aussi la traduction d'une représentation sociale. En effet, être en état de bonne santé renvoie souvent à l'acteur et à son idiosyncrasi. Par contre, avoir des problèmes de santé renvoie au système social ambiant, et la résolution de ces derniers se décide au regard de ses "normalités" fonctionnelles. Ainsi, la santé se présente comme un phénomène foncièrement dichotomique: tantôt elle est dépendante de l'acteur, tantôt du système social. Elle s'offre ainsi sous deux facettes mutuellement exclusives : subjective-objective, intrinsèque-extrinsèque, psychosociologique-biologique. Une telle dualité référentielle pose un problème de définition et rend difficile toute action visant à mettre en place un ordre de production cohérent et intégrateur. "Ni cause, ni effet, ni principe, ni conséquence", le processus de production des soins paraît, à plusieurs égards, se déployer dans l'ambiguïté et se dérober à toute détermination préalable.

Telle est la conclusion essentielle à dégager de la présente enquête. Pour les médecins tunisiens, la santé est un phénomène complexe. Parce que la santé est déterminée par quatre facteurs hétérogènes et entremêlés, l'arc thérapeutique se forme dans l'aléatoire et le mode de production de soins se développe dans la contingence. Le contrôle de l'appareil productif est aujourd'hui malaisé, ses dépenses aussi. Cependant, pour pouvoir résoudre ce dilemme et sortir d'un "statu quo impossible", il y a lieu, croyons-nous, de mener à terme deux actions d'intégration.

La première est cognitive, la seconde touche nos modes d'allocation des ressources. Par l'intégration cognitive, nous chercherons à rapprocher chez les acteurs concernés, en l'occurrence les différents corps médicaux mais aussi les gestionnaires et les "clients", leurs acceptions de la santé et leurs représentations, à réaliser une meilleure intercompréhension. Au delà de la dualité mentionnée, la santé serait à percevoir comme un phénomène "psychosomatique". Inscrite dans un procès de coalescence, la santé se forme dans le couplage et la réciprocité du psychosociologique et

du biologique, de l'ego, comme construit social situé dans un espace-temps, et du corps, comme matière ayant ses propres ordonnances. A l'interface du subjectif et de l'objectif, la reproduction de la santé doit faire appel en même temps à une meilleure compréhension des conditions humaines et des conditions biologiques. Pour Contandriopoulos (1997), la santé est à situer "entre les sciences sociales et les sciences de la vie".

La seconde intégration à opérer touche les modes d'allocation des ressources. Actuellement, la Tunisie alloue 6% de son budget public à son système de soins. Une telle charge financière est en augmentation continue pour des résultats enregistrés de moins en moins probants. Pour parer à cette situation paradoxale, il serait nécessaire de réviser nos allocations financières et nos priorités. Comme nous l'avons rapporté, pour l'ensemble des médecins interviewés, le système de soins n'est pas le seul facteur porteur de la santé mais d'autres déterminants comme le style de vie, la biologie à la naissance ou l'environnement favorisent son maintien et accroissent la possibilité de son accomplissement. Ainsi, la santé n'est point réductible au système de soins et en conséquence il serait légitime d'intégrer dans nos soucis budgétaires ses autres paramètres constitutifs. Dans nos politiques budgétaires, nous ne devons pas seulement nous occuper des malades mais aussi et surtout promouvoir la santé, par l'intégration des différentes compréhensions exprimées de la santé et par la prise en compte de l'ensemble des facteurs qui la conditionnent.

**Chiha GAHA**

## BIBLIOGRAPHIE

- Contandriopoulos, A.-P., *Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible*. Ruptures, 1, 1994, p. 8-26. *La santé entre les sciences sociales et les sciences de la vie*, 1997. Texte présenté à la Société Royale du Canada.
- Freidson, E., *La profession médicale*. Paris, Patot, 1984.
- Foucault, M., *Naissance de la clinique*. Paris, P.U.F., 1963.
- La Recherche, La santé et ses métamorphoses*. Supplément n° 281. 1995
- Mougeot, M., *Système de santé et concurrence*, Paris, Economica, 1994.
- Mustard, C., *Est-il possible de décider d'un ordre de priorité dans nos investissements dans les technologies médicales et autres programmes de santé ?* Sociologie et Sociétés, 2, 1996, p. 173-187.

## NOTES

<sup>1</sup> Notre enquête sur une telle question serait, à notre connaissance, la première dans son genre en Tunisie. Demander à des médecins tunisiens de définir la nature de leur production, de dire leurs modes thérapeutiques et les déterminants de la santé seraient, d'après plusieurs médecins interviewés, des questions d'un "genre nouveau".

<sup>2</sup> Notre enquête a été élaborée durant l'année 1996. Notre choix des sujets n'a pas respecté les règles statistiques de l'échantillonnage. Il s'est fait au gré des disponibilités des médecins rencontrés. Ces derniers exercent dans sept Etablissements Publics de Santé (E.P.S), six situés à Tunis et sa grande banlieue et le septième est à Sousse.

<sup>3</sup> C'est d'ailleurs dans ce sens que Foucault écrivait que les cliniques et les maisons d'arrestation se rencontrent et se complètent. Toutes les deux, grâce au médecin-magistrat, visent la sauvegarde de la "normalité" et la reproduction de l'ordre social ambiant (Foucault 1963).

<sup>4</sup> Trois de ces médecins sont de l'hôpital Charles Nicolle et deux sont de l'hôpital de La Marsa. Nous signalons, à ce sujet, que les déterminants retenus correspondent à ceux mentionnés dans la littérature spécialisée. (Voir Mougeot 1994).

<sup>5</sup> Ce taux est actuellement de 6,2%, soutient le Ministre de la Santé Publique lors de la réunion du Conseil Supérieur de la Santé tenu à Tunis le 7/3/1998.

<sup>6</sup> Nous remarquons par ailleurs que les réponses des médecins quant à l'effet de chacun des quatre facteurs retenus présentent des écarts symptomatiques. Alors que pour un chef de service à l'Ariana, c'est le capital biologique à la naissance qui détermine jusqu'à 60% de l'espérance de vie d'un individu, pour un autre médecin du même service, ce facteur ne contribue que de 15% seulement et c'est le système de soins qui semble jouer, à ses yeux, le plus grand rôle. A celui-ci, il alloue un taux de 35%, alors que pour son chef de service, ce dernier facteur est perçu comme insignifiant ; il ne participe que dans une proportion de 10%...

<sup>7</sup> C'est d'ailleurs en raison de cet état d'embrouillement et de la nature ambulatoire de l'effet de chacun des facteurs sur la santé que les acteurs du système de soins, en l'occurrence les médecins mais aussi les juxtamédicaux et les paramédicaux, peuvent se soustraire aux ordonnances du contrôle et de l'anticipation et échappent à toute conformation rigoureuse de l'agir. Parce qu'on ne peut pas leur définir un mode comportemental assis sur des règles systématiques ou sur des procédés d'exécution stables et permanents, l'arc thérapeutique se construit actuellement dans les hôpitaux tunisiens dans l'aléatoire et sa trajectoire se développe dans l'incertitude.