

OFFRE DE SOINS, RECOURS AUX SOINS ET SANTE DES FEMMES EN TUNISIE

Bénédicte GASTINEAU

CERPOS D321, Université de Paris X, Nanterre, France

Résumé

En Tunisie, l'offre de soins de santé s'est considérablement enrichie ces 40 dernières années ; mais l'intérêt accordé à la santé des femmes est souvent limité aux risques liés à la procréation. Une meilleure prise en charge des femmes au moment des grossesses a permis des progrès sanitaires importants. L'espérance de vie à la naissance féminine est passée de 51,6 ans en 1966 à 70,2 en 1990. Dans le même temps, la mortalité infantile et la mortalité maternelle ont baissé.

Toutefois, toutes les femmes n'ont pas accès aux mêmes services de santé. Des disparités économiques et géographiques persistent jusqu'à aujourd'hui. Il serait néanmoins erroné d'affirmer que l'accès aux soins ne dépend que de l'offre. La demande de services sanitaires est, elle aussi, très variable, selon de nombreux facteurs socio-économiques. Il n'y a pas de relation parfaite entre l'offre et la demande : dans des régions bien équipées en structures et en personnel, des barrières sociales et culturelles restreignent l'accès aux soins pour les femmes. La demande de soins émanant des femmes peut varier indépendamment des soins proposés. La santé des femmes s'inscrit aussi dans des priorités sociales et familiales que l'on peut observer à un niveau micro-social et micro-local.

Mots-clés : Tunisie, Santé, Femmes, Milieu rural, Analyse micro-locale.

Abstract

Tunisia's health care provision has expanded considerably over the last 40 years; but the focus on women's health often stops short at the risks connected with reproduction. Better antenatal care has led to significant improvements in women's health. Female life expectancy at birth rose from 51.6 in 1966 to 70.2 in 1990, while both infant and maternal mortality fell over the same period.

Not all women have access to the same level of health services, however. Economic and geographical disparities persist even today. But it would be wrong to claim that access to care is purely supply-driven. Demand for health services also varies widely with a range of socioeconomic factors. There is no perfect relationship between supply and demand: in regions with sufficient, well-staffed provision, social and cultural barriers restrict women's access to care. Women's care demand may vary independently of care provision. Women's health is also an observable social and family priority at the micro-social and micro-local levels.

Keywords: *Tunisia, Health, Women, Rural areas, Micro-local analysis.*

1. Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé, dans sa Constitution, en 1946, donne comme définition de la santé « un état de complet bien-être physique, mental et social, et non seulement l'absence de maladie et d'infirmité ». Elle donne un cadre *transculturel* et *ahistorique* de la santé publique (cf. Fassin, 1997). Dès lors, de nombreux travaux rendent compte de l'évolution de l'état de santé de la population mondiale ou de certaines populations nationales à l'aide d'indicateurs « standards » qui annihilent souvent des inégalités qui peuvent être très importantes : inégalités sociales, régionales et inégalités de *genre*. D'un point de vue méthodologique, les indicateurs classiques permettent de mesurer certaines inégalités en matière de santé, il suffit par exemple de les collecter par sexe. Ces mesures ne sont pas toujours disponibles et la santé des femmes n'a souvent été approchée qu'en fonction de leur rôle procréateur¹.

1. Il est très significatif, à ce titre, de constater que, dans les Enquêtes Démographiques et de Santé (DHS), très riches, à la base de nombreux travaux de comparai-

Dans une large majorité de pays, en raison de l'absence de données fiables, il est difficile de se prononcer de manière définitive sur l'accès des femmes aux services médicaux et sur leur état de santé. En Tunisie, les indicateurs empiriques habituellement utilisés pour caractériser la santé d'une population existent et, pour la plupart, ils ont été recueillis par sexe, ainsi les espérances de vie masculine et féminine et la mortalité infantile des garçons et des filles sont connues au moins depuis le début des années 1960. C'est à travers l'exemple de la Tunisie, à partir de données nationales, régionales, mais aussi micro-locales, que nous voudrions montrer ici que, s'il est nécessaire de faire un bilan global de la santé des femmes, on ne peut se dispenser d'une analyse plus fine pour comprendre les contraintes qui pèsent sur l'offre et sur la demande en soins médicaux. Ces contraintes sont d'origines multiples : économiques, géographiques, mais aussi sociales et culturelles.

1.1. La définition de la santé et l'offre de soins en Tunisie

En 1956, au moment de l'indépendance, la couverture sanitaire en Tunisie est faible. Le premier plan de développement (1962-1964) tente de remédier à cette situation. L'amélioration de la santé est alors considérée par les planificateurs comme un moyen de combattre le sous-développement. Une grande partie des investissements est réservée aux structures destinées aux femmes et aux enfants (parmi les 7 600 lits d'hôpitaux créés, 2 000 sont des lits de maternité) (Bakay, 1990). Jusqu'au milieu des années 1970, le nombre de structures (relativement à la population) augmente rapidement (graphique 1). Dans les trois premiers plans de développement (1962-1972), la notion de santé est très large et une attention particulière est portée aux conditions de vie de la population susceptibles de nuire à sa santé (lutte contre la malnutrition,

sons nationales et régionales, les informations sur la santé des femmes se limitent exclusivement à leur vie reproductive et sexuelle (mortalité et morbidité maternelles, maladies sexuellement transmissibles, Sida), alors que les questionnaires des opérations de collecte DHS les plus récentes se sont enrichis sur d'autres domaines de recherche et notamment sur les problématiques de genre (Carr et Way, 1994 ; Barrère *et al.*, 1999). Par exemple, l'enquête DHS de l'Égypte en 1995 est très complète sur les questions de statut de la femme. Les enquêtes DHS ont été réalisées par Macro-International dans presque tous les pays africains, latino-américains et quelques pays asiatiques, avec une même méthodologie et un même questionnaire dans une optique comparative.

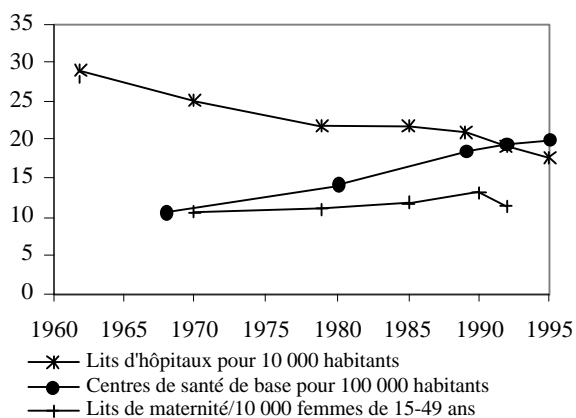
programmes d'amélioration des logements...). Dès le IV^e plan (1973-1976), une nouvelle politique de santé est engagée, l'accent est mis sur la formation du personnel médical ; le nombre de médecins et de sages-femmes augmente rapidement (tableau 1). Malgré cette incontestable amélioration, le déficit en spécialistes reste important, et ce jusqu'à aujourd'hui (CREDIF, 1994, p. 97).

Tableau 1
Quelques indicateurs de l'évolution du personnel médical en Tunisie

	Sages-femmes pour 10 000 femmes de 15-49 ans	Médecins pour 10 000 habitants	Pharmaciens pour 10 000 habitants	Nombre de gynécologues
1966	1,12	1,5	0,33	
1976	1,63	2,0	0,80	70
1986	6,60	4,4	1,64	115
1998	8,00	6,7	2,30	365

Source : ONFP, 1998.

Graphique 1
Quelques indicateurs de l'évolution des structures médicales
en Tunisie



Sources : INS, dans : CREDIF, 1994 ; Ministère de la Santé Publique, 1996.

Dans le VI^e plan de développement économique et social (1982-1986), pour le secteur de la santé, l'élément majeur « est constitué par l'insertion rationnelle dans notre système de Santé Publique, notamment en zones rurales, des services de Soins de Santé de Base », permettant d'accroître rapidement la couverture sanitaire, surtout parmi les populations les plus défavorisées. La croissance rapide des dispensaires ruraux, l'instauration d'un système de sécurité sociale et de retraite, la gratuité des soins pour les plus pauvres ont contribué à une meilleure couverture sanitaire.

Dans les plans de développement suivants, le secteur privé est très sollicité. Les cliniques sont certes en nombre croissant (en 1995, il en existait 49, 46 étaient en projet de construction), mais elles sont concentrées dans les grandes villes. Des 49 cliniques fonctionnant en 1995, 26 sont à Tunis et la moitié des *gouvernorats* en sont totalement dépourvus (Ministère de la Santé Publique, 1996).

La définition de la santé et les populations cibles des actions publiques ont évolué au fil des plans de développement économique ; tous les indicateurs exposés ici montrent que le volume d'offre de structures de santé et de personnel médical a régulièrement augmenté. Les femmes dans leur ensemble ont eu un accès croissant à la médecine « moderne ». Dans ce contexte, comment a évolué l'état de santé des femmes ?

1.2. Une constante amélioration de l'état de santé des femmes en Tunisie

L'état de santé des femmes est un domaine vaste et il difficile d'en donner une vision totale. Les informations dont nous disposons sont en général très partielles et ne couvrent que quelques domaines de la santé féminine. En Tunisie, la santé des petites filles et des femmes peut être approchée à travers la mortalité infantile, la mortalité maternelle et l'espérance de vie.

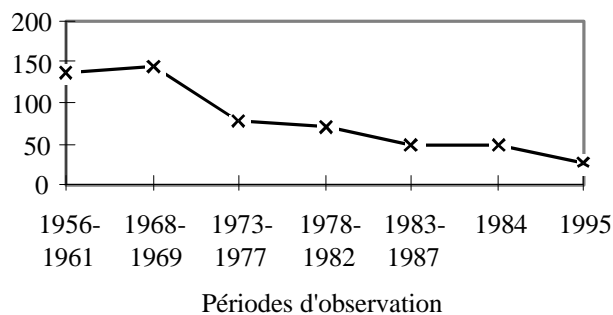
1.2.1. La mortalité infantile

Le taux de mortalité infantile est un bon indicateur de l'état sanitaire d'une population. C'est aussi souvent un « révélateur » du statut des femmes et du traitement (alimentation, soins...) différent donné aux petites filles et aux petits garçons. En Tunisie, aussi loin que les

statistiques permettent d'observer le phénomène, la mortalité infantile féminine a toujours été inférieure ou égale à celle des garçons.

La mortalité infantile féminine - et masculine - diminue rapidement depuis le début des années 1970 (graphique 2). Cette évolution est le résultat de l'amélioration des conditions de vie en Tunisie et de changements démographiques importants (baisse de la fécondité, diminution du nombre de grossesses précoces et tardives...) mais aussi de campagnes massives de vaccination entreprises dès le début des années 1980. Il est intéressant de noter que ces changements de conditions de vie et de comportements démographiques ont profité autant aux garçons qu'aux filles. L'enquête tunisienne sur la santé de la mère et de l'enfant (ETSME) montre qu'en 1995, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans jamais vaccinés est faible pour les deux sexes (1,8 % pour les garçons, 1,4 % pour les filles). Elle montre aussi que le mode de prise en charge de la maladie (diarrhée, fièvre, toux...) varie peu selon le sexe de l'enfant (ONFP, 1996).

Graphique 2
Taux de mortalité infantile féminine (pour 1 000 naissances vivantes)
en Tunisie



Sources : Zouari, 1990 ; INS, 1996.

1.2.2. La mortalité maternelle

La mortalité maternelle est difficile à saisir et à mesurer. Même dans les pays développés, elle est souvent sous-estimée. Dans les pays

où la couverture sanitaire est défaillante, on a peu ou pas de données fiables sur la mortalité ou la morbidité féminine.

En dépit de l'insuffisance des statistiques de causes de décès en Tunisie, plusieurs travaux ont tenté d'estimer la mortalité maternelle (Zouari, 1990, p. 103 ; CREDIF, 1994, p. 108). Les plus crédibles donnent un taux de mortalité maternelle d'environ 140 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1966 et autour de 60 en 1992. La médicalisation des grossesses et des accouchements augmentant, cet indicateur devrait être de plus en plus précis².

1.2.3. L'espérance de vie

Le recul de la mortalité et plus généralement l'amélioration des conditions socio-économiques ont permis d'augmenter l'espérance de vie à la naissance de la population tunisienne (tableau 2). Cette évolution a davantage profité aux femmes. Alors qu'il n'était que d'une année en 1966, l'écart entre les espérances de vie féminine et masculine est supérieur à 4 années en 1994.

Tableau 2
Espérance de vie à la naissance par sexe en Tunisie (en années)

Sexe	1966	1975	1984	1994
Masculin	50,6	57,8	66,1	69,3
Féminin	51,6	59,3	68,2	73,0
Ensemble	51,1	58,6	67,1	71,2

Source : INS, 1994, p. 13.

Malgré un déficit de données précises, notamment sur l'incidence des maladies graves qui touchent les femmes (cancer de l'utérus, du sein...) (CREDIF, 1994), les taux de mortalité et l'espérance de vie permettent de conclure à une amélioration de l'état de santé de la population féminine depuis 40 ans. Cette tendance s'explique à la fois par des comportements et des conditions de vie moins risqués pour leur

2. On dispose en fait, le plus souvent, d'un taux de mortalité maternelle hospitalière ; voir à ce sujet la communication de Mme Guedanna dans ce même séminaire.

santé (moins de grossesses à risque, meilleure alimentation...) et par un recours plus important aux soins. Au niveau national, il est assez facile de faire le lien entre la santé des femmes et leur accès aux structures médicales.

Ces évolutions nationales ne doivent pas faire oublier que des inégalités très fortes subsistent, inégalités sociales, économiques, mais aussi régionales.

1.3. Des disparités régionales fortes

La situation sanitaire qui se caractérise par l'offre de soins médicaux (structures et personnel qualifié), le recours aux soins et l'état de santé de la population varient de façon remarquable d'une région à l'autre en Tunisie, en 1995. À titre d'exemple, le taux de mortalité infantile féminin est deux fois plus élevé dans le *gouvernorat* de Siliana (40,4 ‰) que dans celui de Tunis (19,0 ‰)³. De même, l'écart régional d'espérance de vie à la naissance des femmes est de plus de 6 ans : elle atteint 76,6 ans dans le *gouvernorat* de Gabès et 70,5 ans à Siliana. Les structures sanitaires ne sont pas non plus également réparties sur le territoire : dans la région de Kairouan, on compte plus de 4 700 habitants pour un médecin, contre seulement à peine 1 700 à Sousse. De la même façon, le nombre de jours d'hospitalisation par habitant, indicateur du recours aux soins, varie de 0,15 dans le *gouvernorat* de Zaghouan à 0,66 à Sousse.

On pourrait s'attendre alors à observer une dichotomie : des régions avec peu de structures, peu de recours aux soins et des femmes en mauvaise santé s'opposant à des régions avec une offre de soins et un recours aux soins importants, et de bons indicateurs de santé. La réalité apparaît plus complexe.

Certes, sur l'ensemble des *gouvernorats*, le nombre de lits d'hôpitaux et la proportion d'accouchements médicalisés sont fortement corrélés. Néanmoins, il faut remarquer que certaines régions se distinguent. C'est notamment le cas de Béja et Jendouba, deux *gouvernorats* du Nord-Ouest qui, malgré un faible équipement en structures hospitalières, affichent des taux d'accouchement en hôpital très élevés ; la situation inverse est observée dans certaines régions du Centre-Est (Sousse, Monastir). Autrement dit, dans ces régions, le recours aux soins n'est

3. Cf. la carte du découpage administratif en annexe.

pas totalement dépendant de l'offre de soins. Est-il pour autant judicieux de conclure que « les femmes ne profitent pas suffisamment des capacités sanitaires mises à leur disposition... » (CREDIF, 1994) sans plus de précisions ?

Ce résultat – d'autres exemples pourraient être cités – montre que, déjà à une échelle régionale, il est imprudent de réduire le niveau de recours aux soins (donc l'état de santé des femmes) à une variable dépendante de l'offre de soins. À une micro-échelle, il semble que des facteurs individuels ou familiaux interfèrent pour expliquer le recours aux soins, indépendamment du contexte structurel ou économique. Pour le préciser, il faut focaliser l'analyse à une nouvelle échelle micro-locale, micro-sociale.

2. Les facteurs socio-économiques du recours aux soins des femmes dans deux zones rurales tunisiennes : une perspective micro-sociale et micro-locale

2.1. De la définition de la santé et de la maladie à un niveau d'analyse micro-local...

Pour une analyse micro-locale, micro-sociale, les indicateurs utilisés précédemment au niveau national se révèlent moins pertinents ou tout simplement difficiles à collecter.

Expliquer le recours aux soins nécessite de s'intéresser aux contrôles sociaux, familiaux et individuels de la santé des femmes, et tout d'abord à la perception que les individus ont de la santé et de la médecine. Quand jugent-ils nécessaire de consulter un personnel médical ? Qui prend la décision ?

Les femmes ayant encore en Tunisie, et surtout en zone rurale, un pouvoir de décision et surtout un pouvoir économique moindre que celui de leur père ou de leur mari, la santé se trouve envisagée dans la dimension des rapports de domination. Il faut tenir compte de l'appartenance de la femme à des groupes familiaux, sociaux, communautaires... susceptibles d'influencer ou de diriger ses décisions en matière de santé. Il faut prendre en compte aussi l'environnement médical de la femme dans son ensemble (guérisseurs, matrones traditionnelles, professionnels de la santé...).

2.2. Pourquoi avoir recours au personnel et aux services médicaux ?

Dans quelles circonstances les femmes ont-elles intérêt à être soignées ? Qui se charge de délivrer les soins ? L'offre est-elle adaptée à la demande locale en matière de santé ?

Pour tenter de répondre à ces questions dans le contexte rural tunisien, deux zones d'études ont été choisies, deux situations extrêmes géographiquement. Une de ces zones se situe dans le *gouvernorat* de Jendouba, dans une région nommée la Kroumirie. La seconde est une partie de la délégation d'El Faouar (*gouvernorat* de Kebili), elle couvre les oasis d'El Faouar et de Sabria.

La zone de Kroumirie est particulièrement défavorisée. C'est une région montagnaise, avec un climat humide, froid l'hiver et très chaud l'été. Malgré des pistes de plus en plus nombreuses et de mieux en mieux entretenues, il est difficile de se déplacer dans la région, surtout l'hiver. Les conditions d'habitat restent précaires pour une grande majorité des habitants. Les sources de revenus sont peu nombreuses, les conditions environnementales se prêtent peu à la pratique agricole et les emplois salariés ruraux sont quasiment inexistantes.

Dans les oasis d'El Faouar et de Sabria, les conditions de vie sont meilleures, le chômage est moins élevé et la pratique agricole (principalement la culture du palmier dattier) plus rémunératrice.

2.3. Méthodes d'enquête

Seront présentés ici les résultats d'une enquête menée en 1998 en Tunisie rurale par le Centre de Recherche, d'Études, de Documentation et d'Information sur la Femme (CREDIF-Tunis) et la mission à Tunis de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD). Cette enquête est de type socio-économique et démographique, elle n'a pas comme objet principal d'évaluer la santé des femmes, mais comporte néanmoins beaucoup de données intéressantes sur l'accès aux soins. Plus de 1 200 ménages ont été visités, plus de 8 000 individus ont donc été concernés par cette collecte. Le questionnaire comportait quatre modules : un module sur les caractéristiques socio-économiques de chaque membre du ménage et sur leurs conditions de vie, un sur l'histoire migratoire du chef de ménage, un sur les activités (domestiques, artisanales, économiques, agricoles) des femmes de plus de 10

ans, et un dernier sur l'histoire génésique des femmes non célibataires. L'enquête n'est pas de type médical, mais elle présente l'avantage de pouvoir relier quelques indicateurs de santé et de recours aux soins de la population féminine à son environnement économique et surtout familial. De plus, elle a été menée de la même façon dans quatre zones rurales, de l'extrême Nord à l'extrême Sud de la Tunisie ; elle permet d'avoir une approche comparative de zones rurales géographiquement, socialement et culturellement éloignées. Des travaux complémentaires qualitatifs ont été menés sur les mêmes populations ; quelques résultats en sont présentés ici.

2.4. L'offre de soins et le recours aux soins des femmes en Kroumirie et à El Faouar

En Kroumirie, les ménages sont situés en moyenne à 3,7 km du centre de santé de base, 36 % sont à 5 km ou plus. L'hôpital le plus proche est souvent à plusieurs heures de piste.

À El Faouar, la situation est plus favorable. Il y a plusieurs centres de santé de base à proximité et surtout un hôpital dans l'oasis même d'El Faouar. L'offre de soins est donc relativement « abondante ».

Des observations empiriques et les résultats de l'enquête convergent vers le même constat : le recours des femmes à la médecine « moderne » est beaucoup important en Kroumirie qu'à El Faouar (tableau 3).

Tableau 3
Quelques indicateurs de la médicalisation de la dernière grossesse et du dernier accouchement des femmes ayant eu au moins un enfant entre le 1^{er} janvier 1993 et la date de l'enquête

% de femmes ayant eu au moins un enfant entre le 1 ^{er} janvier 1993 et la date de l'enquête :	Kroumirie	El Faouar
- qui ont accouché à l'hôpital	77,4	42,4
- qui ont accouché seules ou avec une matrone traditionnelle	21,6	56,8
- qui n'ont pas consulté de personnel médical pendant leur grossesse	12,0	26,0

Source : Enquête CREDIF-ORSTOM, 1998.

Le recours à la médecine traditionnelle (dans le cas de l'accouchement, à la matrone, la *qabla*) reste fréquent dans le Sud, mais est quasiment absent dans le Nord, où les *qablas* ont d'ailleurs presque disparu.

Les indicateurs recueillis ne concernent que la santé reproductive, mais ils sont de bons informateurs du recours des femmes à la médecine en général.

Ils concordent d'ailleurs avec la seule donnée recueillie pendant l'enquête sur l'état de santé de la population, à savoir la mortalité infantile. Sur la période 1990-1996, le taux de mortalité infantile est nettement plus faible en Kroumirie (26,7 ‰) qu'à El Faouar (55,8 ‰).

Ces observations suscitent de nouvelles interrogations, et notamment :

- pourquoi les femmes en Kroumirie font-elles appel si massivement à la médecine malgré l'éloignement et la difficulté d'accès aux structures sanitaires, et plus généralement malgré des modes de vie que l'on peut qualifier de « traditionnels » ?
- et à l'extrême, pourquoi à El Faouar, malgré la proximité de l'hôpital, les femmes sont-elles si peu nombreuses à consulter un personnel médical qualifié ?

2.5. La Kroumirie

Comment des populations pauvres, « traditionnelles » dans leurs modes de vie, se sont-elles tournées vers la médecine savante, jusqu'à abandonner les médecines et les médecins traditionnels ?

2.5.1. De la *qabla* à la sage-femme et aux médecins...

Le recours à la médecine moderne en Kroumirie est relativement important compte tenu du contexte de pauvreté et de la faible infrastructure sanitaire. Le recours des femmes au personnel médical qualifié s'inscrit dans des stratégies socio-démographiques plus larges des ménages qui consistent à miser sur la qualité des enfants. C'est une région où, malgré la pauvreté, la fécondité est faible et où les taux de scolarisation au primaire sont relativement élevés - dans la zone d'enquête présentée précédemment, l'indice synthétique de fécondité est de 2,7 en 1997 et plus de 80 % des 6-14 ans sont scolarisés en 1998-1999.

Au fil de la transition démographique, les parents, ayant de moins en moins d'enfants, leur ont accordé une attention toute particulière,

attention à la santé et à la formation scolaire. À une stratégie de quantité d'enfants s'est substituée une stratégie de qualité des enfants. C'est à ce titre que les femmes ont été massivement intégrées au système de santé. Dans une première étape, elles ont fait l'objet de prévention et de soins médicaux, non pas pour elles-mêmes directement, mais pour préserver la santé de leurs enfants.

Les femmes ont conscience que la médecine moderne peut leur être utile. Si on les interroge, les femmes jeunes disent qu'il est important de faire suivre sa santé, surtout pendant la grossesse :

« pour protéger le bébé et la mère, aucune femme n'arrive à accoucher toute seule, c'est très dangereux » (Zahia, juin 1999) ;

« la femme enceinte ne connaît rien et, quand elle est malade, elle risque d'avoir un danger, les médecins disent alors qu'ils ne sont pas les responsables puisque sa grossesse n'est pas suivie par un médecin » (Reguia, juin 1999).

Parce qu'elles ont longtemps été la cible privilégiée des services de planification familiale, les mères ont un accès à la médecine beaucoup plus facile que les hommes. Leur surveillance médicale est souvent meilleure que celle de leur mari. Le fait qu'elles aient été encouragées par les services de santé publique dans le cadre des programmes de planification familiale et que leur santé soit une priorité familiale a largement facilité leur intégration dans le système de soins modernes. Elles n'ont plus aucune réticence à consulter un médecin, une infirmière ou une sage-femme.

2.5.2. Transfert des connaissances et du pouvoir médical

Traditionnellement, le rôle de la belle-mère (garante du savoir traditionnel) était important. Aujourd'hui, dans la zone d'enquête de Kroumirie, la quasi-totalité des ménages est mononucléaire, les femmes échappent ainsi à l'autorité de leur belle-mère, donc à ses « conseils médicaux ». La transmission des connaissances a été rompue, les femmes se sont d'autant plus facilement tournées vers la médecine moderne. De plus, en Kroumirie, les *qablas*, qui étaient les « spécialistes traditionnelles de la santé des femmes », ont presque disparu et ont été remplacées par les infirmières et les sages-femmes. Dans cette zone d'enquête, les *qablas* ont joué un rôle essentiel, transitoire, dans l'intégration des femmes au système de santé moderne. En effet, au milieu

des années 1980, un programme local a tenté de recycler les matrones pour les professionnaliser. Ce programme se justifiait ainsi :

« tant que l'infrastructure routière et hospitalière ne sera pas suffisante pour permettre (aux) femmes d'accoucher à l'hôpital dans de bonnes conditions, il nous semble préférable de travailler avec les matrones. Il nous semble préférable de confier les parturientes à ces femmes supervisées, voire recyclées, plutôt que les mères accouchent seules. [...] Les matrones sont des femmes mariées ou veuves ayant un nombre d'enfants limité (4 au maximum). Elles sont au courant des possibilités de limitation des naissances et de prévention (vaccination, asepsie). » (Dufrique *et al.*, 1986).

Actuellement, les jeunes femmes n'envisagent même pas qu'une femme puisse avoir des réticences à consulter le personnel médical. Elles font confiance aux médecins et sont capables de faire la différence entre les différentes spécialités : « je soigne mes enfants chez un spécialiste d'enfants », « la grossesse doit être suivie par un médecin » souvent préféré à la sage-femme (Aziza, mai 1999).

Les femmes n'hésitent pas à se déplacer si les soins ne peuvent pas être obtenus sur place. Quand on leur demande quelles difficultés elles rencontrent pour se soigner, elles évoquent le plus souvent le manque et le coût prohibitif des médicaments. Les soins de base sont assurés, mais elles regrettent que l'hôpital soit si loin. La difficulté d'accéder aux soins apparaît surtout quand leur état de santé nécessite la visite chez un spécialiste ou une hospitalisation.

2.5.3. « L'important, c'est tu gardes la santé et tu t'occupes du bébé »

Comme nous l'avons déjà évoqué, les femmes mettent l'accent sur la nécessité d'être elles-mêmes en bonne santé pour pouvoir avoir de « beaux enfants, bien portants » et pour pouvoir les élever correctement. Cette approche de la santé pose un problème : les femmes qui ont fini leur vie génésique (stérilisées, ménopausées, ou qui ne souhaitent plus d'enfants) se préoccupent peu de leur santé et par conséquent font peu appel au système de soins moderne.

2.6. *El Faouar*

La situation observée à El Faouar est très différente de celle qui vient d'être décrite en Kroumirie. Malgré une couverture sanitaire et un

niveau de vie bien meilleurs, les femmes consultent peu les personnels de santé et fréquentent peu les structures sanitaires à leur disposition.

La médecine moderne est mal perçue par les femmes d'El Faouar. Les pratiques médicales traditionnelles sont encore vivaces. La maternité, plus que n'importe quel autre moment de la vie des femmes, fait l'objet de beaucoup de rites et de croyances qui entravent le travail des médecins. Ainsi,

« mis à part les plus proches parents, la femme (enceinte) ne révélera son secret qu'à ses meilleurs amis. Les étrangers ne remarqueront la chose qu'à la modification de son aspect. » (Clauss, 1996).

Il est difficile dans ces conditions de promouvoir les consultations prénatales. De plus, les femmes ne se déplacent pas facilement vers les hôpitaux ; pendant les trois premiers mois,

« on veillera à ce qu'(elle) ne soit pas effrayée à la vue de personnes handicapées [...] de peur que les malformations observées ne soient transmises à l'enfant. » (Clauss, 1996).

Cette croyance contraint les femmes à rester chez elles. Les matrones traditionnelles sont encore nombreuses et véhiculent beaucoup de « rites magiques » pour éviter le mauvais œil et protéger la santé des femmes et des enfants. La maternité, comme plus largement la santé féminine, restent encore une affaire de médecine traditionnelle dont la praticienne est connue de la famille qui la mandate pour s'occuper de la santé des femmes.

À El Faouar, comme dans l'ensemble des régions du Sud tunisien, la belle-mère tient encore un rôle important dans l'entourage des femmes. Plus précisément dans la zone enquêtée, plus de 20 % des ménages sont complexes, et même lorsque les épouses ne vivent pas sous le toit de leurs beaux-parents, elles n'en sont jamais très éloignées. La belle-mère perpétue les traditions et limite la mobilité et l'autonomie de ses belles-filles. Par conséquent, celles-ci manquent de formation et d'information, la médecine moderne qu'elles ne maîtrisent pas leur fait peur. De plus, dans la société oasienne, telle qu'on l'observe à El Faouar, le statut des femmes est fortement dévalorisé, celles-ci sont souvent confinées à l'espace domestique. Dans ces conditions, il leur est difficile de se rendre à l'hôpital ou même au centre de santé.

Le système social qui prédomine dans cette région du sud favorise peu l'autonomie des femmes face à leur santé ou à leur fécondité. Les femmes s'en remettent souvent au « *Mektoub* » (la volonté de Dieu). Ce

sont des régions où les taux de prévalence contraceptive et les taux d'avortement sont faibles et traduisent en effet le fait que les femmes ne souhaitent pas, ne peuvent pas intervenir sur leur corps. Limiter sa descendance peut même apparaître comme « indécent » au vu des recommandations familiales, ou supposées religieuses – pourtant, la planification familiale est bien tolérée par les autorités religieuses en Tunisie.

Un autre facteur entravant l'accès des femmes aux services de santé mérite d'être cité : c'est la nature de l'offre des services. Une femme d'El Faouar est d'autant plus réticente à consulter un médecin que celui-ci est un homme et est d'origine régionale ou tribale différente de la sienne..., même si c'est un excellent médecin. L'offre est souvent à ce titre inadaptée à l'attente des patientes. Le personnel de santé vient majoritairement de Tunis ou d'autres grandes villes. Les prestataires de services de santé ont longtemps ignoré ces obstacles culturels et sociaux et ont imposé des programmes de santé de la même façon au Nord du pays qu'au Sud, alors que le statut des femmes, les attentes sociales en matière de santé, les caractéristiques démographiques et culturelles des populations y sont très diverses. La manière dont les habitants s'investissent dans la santé n'est pas la même dans toutes les régions ou dans tous les groupes sociaux, comme vient de le montrer la comparaison entre deux zones rurales tunisiennes.

3. Conclusion

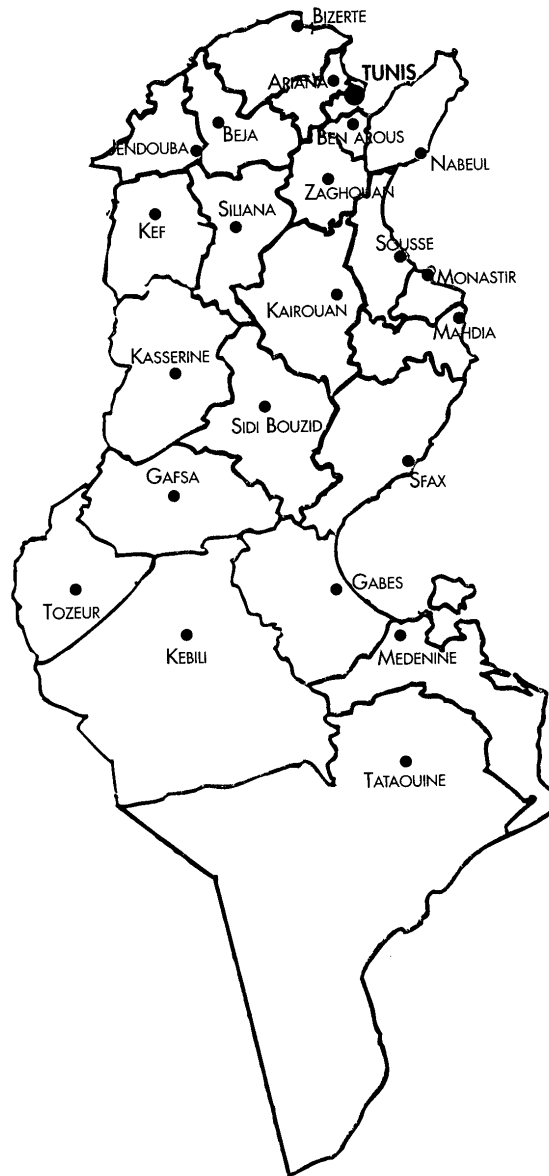
En Tunisie, l'offre de soins de santé s'est considérablement enrichie ces 40 dernières années et, dans le même temps, la santé des femmes s'est améliorée.

Toutefois, toutes les femmes n'ont pas accès aux mêmes services de santé. Une analyse régionale a montré que des disparités économiques et géographiques persistent jusqu'à aujourd'hui. Il serait néanmoins erroné d'affirmer que l'accès aux soins ne dépend que de l'offre. La demande de services sanitaires n'est pas non plus uniforme et varie selon de nombreux facteurs socio-économiques. Il n'y a pas de relation parfaite entre l'offre et la demande : dans des régions bien équipées en structures et en personnel, des barrières sociales et culturelles restreignent l'accès aux soins pour les femmes. À travers l'exemple de deux zones rurales, nous avons vu comment la demande de soins émanant

des femmes peut varier indépendamment de la quantité des services sanitaires proposés. Autant en Kroumirie il est légitime pour une femme de se faire soigner, autant les obstacles sociaux et culturels à contourner sont nombreux pour les femmes à El Faouar. Il y a donc beaucoup à apprendre de la façon dont les groupes sociaux ou culturels gèrent leur santé si on adopte une méthode d'analyse qui permet de replacer la santé dans les priorités à la fois individuelles, familiales et collectives.

Références bibliographiques

- BAKAY, C. (1990), « La santé à travers les différents plans de développement », dans : *Mortalité et santé de la population*, Ministère du Plan et du Développement Régional, Institut de Recherche et d'Etudes sur la Population, Tunis, p. 5-19.
- BARRERE, B., MBOUP, G., et AYAD, M. (1999), *Enquêtes Démographiques et de Santé en Afrique de l'Ouest*, Macro International Inc., Calverton, Maryland, USA, 58 p.
- CARR, D., et WAY, A. (1994), *Women's Lives and Experiences*, Macro International Inc., Calverton, Maryland, USA, 67 p.
- CLAUSS, G. (1996), *Grossesse, naissance et enfance. Us et coutumes chez les Bédouins Ghib du Sahara tunisien*, non publié, 32 p.
- CREDEF (Centre de Recherche, d'Études, de Documentation et d'Information sur la Femme) (1994), *Femmes de Tunisie – Situation et perspectives*, Tunis, 211 p.
- DUFricHE, O., DUFricHE, J., et KROUF, N. (1986), « Aperçu de la morbidité infantile dans la délégation d'Aïn Draham », *Famille et Population*, Tunis, n° 3, p. 23-55.
- FASSIN, D. (1997), « L'internationalisation de la santé : entre culturalisme et universalisme », *Esprit*, Paris, février 1997.
- INS (Institut National de la Statistique) (1994), *Recensement général de la population. Principales caractéristiques démographiques de la population*, Tunis, 65 p.
- INS (Institut National de la Statistique) (1996), *Projection de la population, 1995-2030*, vol. 1, Tunis, 131 p.
- ONFP (Office National de la Famille et de la Population) (1992), *Le programme démographique de la santé familiale 1988-1992*, Tunis, 29 p.
- ONFP (Office National de la Famille et de la Population) (1996), *Enquête tunisienne sur la santé de la mère et de l'enfant – Rapport principal*, Tunis, 248 p.
- ONFP (Office National de la Famille et de la Population) (1998), *La santé de la reproduction et le planning familial en chiffres*, Tunis, 4 p.
- ZOUARI, B. (1990), « État de santé et déterminants de la santé en Tunisie », dans : *Mortalité et santé de la population*, Ministère du Plan et du Développement Régional, Institut de Recherche et d'Etudes sur la Population, Tunis, p. 87-140.



Découpage administratif de la Tunisie en *gouvernorats*
au recensement de 1994