

---

## Les services de soins hospitaliers publics dans l'agglomération de Sfax : spécificités fonctionnelles et pouvoir spatial

Mounir Jarraya et Gérard Beltrando

---



### Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/echogeo/13632>

DOI : 10.4000/echogeo.13632

ISSN : 1963-1197

### Éditeur

Pôle de recherche pour l'organisation et la diffusion de l'information géographique (CNRS UMR 8586)

### Référence électronique

Mounir Jarraya et Gérard Beltrando, « Les services de soins hospitaliers publics dans l'agglomération de Sfax : spécificités fonctionnelles et pouvoir spatial », *EchoGéo* [En ligne], 26 | 2013, mis en ligne le 19 décembre 2013, consulté le 31 juillet 2021. URL : <http://journals.openedition.org/echogeo/13632> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/echogeo.13632>

---

Ce document a été généré automatiquement le 31 juillet 2021.

EchoGéo est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND)

---

# Les services de soins hospitaliers publics dans l'agglomération de Sfax : spécificités fonctionnelles et pouvoir spatial

Mounir Jarraya et Gérard Beltrando

---

## Introduction

- 1 Comme toutes les métropoles régionales de la Tunisie, l'agglomération de Sfax a connu la mise en place d'une infrastructure importante depuis l'Indépendance, afin d'exploiter les diverses potentialités économiques dont dispose sa région. Si la part de l'État est très nette dans l'instauration des équipements dès la veille de l'Indépendance et dans l'octroi à Sfax d'un rôle de pilotage pour l'ensemble du Sud tunisien (Belhédi, 2004), les dernières décennies sont marquées par plus d'autonomie de la ville en termes d'investissement et de planification des choix de développement économique (Fakhfakh, 2000). Ceux relevant de la santé publique sont parmi les équipements installés par les autorités publiques -et qui ont renforcé la place qu'occupe Sfax à l'échelle régionale (Jarraya, 2009). La spécificité des structures sanitaires publiques à Sfax -ici essentiellement les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU)- réside dans le fait qu'ils offrent leurs services de soins supérieurs non seulement à la population de l'agglomération ou même du gouvernorat de Sfax mais aussi à une population venant d'autres gouvernorats. Cela crée en permanence des flux de personnes qui se rendent quotidiennement dans le centre-ville pour bénéficier de prestations qui sont rares ou inexistantes dans les lieux d'où viennent ces patients.
- 2 La problématique de polarisation de l'espace à travers un service donné -ici la santé- est abordée depuis longtemps en Tunisie dans le discours sur le déséquilibre régional littoral/intérieur et dans le contexte de l'hégémonie des régions côtières qui accaparent le maximum d'infrastructures, d'investissements et donc de développement

économique (Karraya, 1996 ; Belhédi, 1999 ; Lamine, 2009 ; Daoud, 2011). Dans notre présent article, ce questionnement est analysé comme phénomène géographique avec d'importants impacts spatiaux et socio-économiques aussi bien sur les régions polarisées que sur les zones d'attraction.

- 3 L'objectif de toute politique sanitaire est de prendre en considération l'ensemble des problèmes de santé des populations afin améliorer les conditions de vie. Pour la Tunisie, le rôle de la planification sanitaire s'avère essentiel pour le développement socio-économique comme le note Boussouf (1998). Pourtant, les effets de ces politiques sont mitigés et leur évaluation doit prendre en compte l'état de santé des individus dans sa distribution spatialement différenciée (Rican *et al.*, 2003 ; Rebouha, 2007 ; Aschan-Leygonie *et al.*, 2013). Équiper toutes les villes de structures sanitaires de haut niveau s'avère une tâche quasi impossible dans le contexte de faibles ressources des pays en développement, et même aussi des pays les plus avancés. Ce sont donc les zones urbaines qui sont mieux équipées que les milieux ruraux (Riva *et al.*, 2009). Se pose alors la question de l'accessibilité aux soins en Tunisie. Celle-ci, qui dépend de l'offre en services de santé, est définie ici comme « la capacité des patients à se procurer, au moment opportun, les soins et les médicaments nécessaires au traitement par un professionnel de santé » (Commeyras *et al.*, 2006, p. 163). En outre, il faut s'interroger aussi sur les types de soins concernés. Pour les soins ambulatoires (c'est-à-dire les soins élémentaires qui accompagnent les consultations effectuées dans les dispensaires), le territoire tunisien est presque entièrement couvert par des structures qui offrent ces services, même si leur densité est plus faible dans les zones rurales. En revanche, le problème se pose pour les soins spécialisés qui ne sont évidemment pas toujours accessibles dans toutes les villes tunisiennes. C'est alors qu'il faut se déplacer dans les grandes villes littorales, comme Sfax, pour accéder à ce type de soins. Cette ville, réputée en tant que pôle médical, constitue le siège non seulement d'une infrastructure sanitaire publique de haut niveau mais aussi d'un corps médical de libre pratique. Cette étude concerne seulement les structures publiques qui ont accepté de nous faire partager certaines données au contraire des médecins de libre pratique qui ont refusé de nous fournir des informations pertinentes. Ces structures publiques prennent en charge environ 65 % de la demande en soins de santé de l'agglomération de Sfax (Ben Jemaâ, 2004).
- 4 Cette étude met donc l'accent sur les spécificités fonctionnelles des structures de soins publiques dans l'agglomération de Sfax qui permettent à la ville d'exercer un pouvoir spatial -régional et local-, tout en soulignant les problèmes qui limitent leur efficacité. Au-delà de la présentation du phénomène de polarisation spatiale et de ses problèmes induits, notre approche nous conduira à évaluer les mesures suivies pour décongestionner les structures de soins publiques supérieures dans l'agglomération.

## Données et méthodes

- 5 Cette étude s'appuie sur des données sur la période 1994-2011 provenant de deux sources. Il s'agit d'abord des données concernant les activités hospitalières dans les Établissements Publics de Santé (EPS), les hôpitaux régionaux des délégations limitrophes du gouvernorat de Sfax (nombre d'hospitalisations, nombre de consultations/an, nombre de consultations/jour...), obtenues auprès de la Direction Régionale de la Santé Publique de Sfax et de la Direction de Gestion des Malades dans

l'EPS *Hédi Chaker*. Les consultations et les hospitalisations sont des données exhaustives enregistrées quotidiennement dans la base de données centrale des EPS. Ce sont des séries temporelles continues, ne présentant aucune rupture. Le paramètre de l'origine géographique des patients nous a permis de spatialiser le rayonnement des EPS de Sfax. Cependant, ce paramètre ne nous renseigne que sur le gouvernorat d'origine, c'est-à-dire ne permet pas d'affiner la spatialisation selon des échelles plus grandes (délégation ou secteur). Nous avons ensuite consulté les données des Centres Intermédiaires. Enfin, nous avons complété l'ensemble par des enquêtes personnelles. Relatives aux structures hospitalo-sanitaires, elles ont été réalisées en 2005 et en 2010 dans ces centres pour déterminer leur rayonnement spatial. Ces enquêtes exhaustives intègrent le nombre total des malades ayant consulté les deux Centres Intermédiaires et le service des Maladies Infectieuses de l'EPS *Hédi Chaker*. Nous avons bénéficié, pour la conception et le déroulement de ces enquêtes, de la disponibilité des médecins en poste dans les deux centres (29 médecins) et de la coopération du chef de service des Maladies Infectieuses qui a, à l'inverse d'autres responsables de services hospitaliers, accepté de nous ouvrir les portes et a incité son équipe à remplir les fiches du questionnaire. Plusieurs variables d'ordre socio-économique (sexe, âge, fumeur, profession, affiliation), spatiale (origine géographique, domiciliation) et sanitaire (diagnostic médical) sont proposées dans le questionnaire (voir annexe 1). La première enquête a été réalisée en 2005 dans le centre *Matar* pendant deux semaines (12-18 janvier et 25-30 avril 2005) (Jarraya *et al.*, 2007). Une autre enquête s'est déroulée en 2010 pendant deux semaines (11-16 janvier et 19-24 avril 2010) dans les deux centres *El-Matar* et *Sakiets*. Si le choix de la période d'enquête en 2005 répondait aux exigences de nos travaux antérieurs dans le cadre de notre thèse de doctorat (Jarraya, 2009), la reprise de la même enquête en 2010 avait pour objectifs d'analyser l'évolution de la polarisation des Centres Intermédiaires et la situation au niveau du service des Maladies infectieuses. Outre les entretiens que nous avons effectués avec les médecins traitant dans les Centres Intermédiaires, le nombre total de patients enquêtés est de 2 019 en 2005 et de 2 323 en 2010. Pour connaître les appréciations du corps médical, des infirmiers, des administrateurs et, surtout, des malades, nous avons effectué plusieurs entretiens réguliers dans le service des Maladies Infectieuses, ceux de Cardiologie, ainsi qu'auprès du service des Consultations Externes et du service d'accueil de l'EPS *Hédi Chaker*. L'enquête a porté sur les conditions du travail et d'accueil, les difficultés rencontrées par les patients et leur niveau de satisfaction, etc. L'importance du rayonnement régional et extra-régional des EPS de Sfax est l'une des causes de leur encombrement permanent qui se traduit par une congestion de ces établissements. L'analyse de cette congestion repose sur l'utilisation de plusieurs indicateurs d'activités hospitalières et sur les résultats de nos investigations sur le terrain : la Durée Moyenne de Séjour (DMS), le Taux d'Occupation Moyen des lits (TOM), le Taux de Rotation des Lits (TRL, soit le nombre de personnes qui se succèdent dans un lit pendant une année) et le nombre de consultations/jour. La diminution de la durée moyenne de séjour signifie qu'un plus grand nombre de malades se succèdent dans un même lit durant l'année, ce qui se traduit par un TRL en augmentation. Ces indicateurs permettent d'analyser les formes que revêt la congestion des établissements et leur évolution dans le temps, de déterminer l'effet des mesures entreprises pour y remédier et d'améliorer la qualité des prestations octroyées aux patients.

## L'agglomération de Sfax : une concentration spatiale des structures hospitalo-universitaires publiques

### Les services de santé à Sfax: un développement s'inscrivant dans un essor plus général des activités tertiaires

- 6 Sfax est la deuxième ville de Tunisie par la taille : elle compte environ 600 000 habitants en 2008. C'est aussi le deuxième pôle économique du pays, où les trois secteurs économiques revêtent une importance capitale. Sfax est un centre tertiaire où les services aux particuliers se développent rapidement, en particulier les services de santé. Le commerce y est florissant et les services d'accompagnement comme les banques, les assurances, les services après-vente etc., constituent des points forts de l'économie urbaine et contribuent largement à asseoir le rayonnement de la ville sur son agglomération et sur sa région. Sfax est aussi une ville universitaire ainsi qu'un pôle médical qui offre une réelle diversité de services de soins à une population aussi bien locale que régionale, mais aussi extra régionale, voire résidant à l'étranger (Libye).
- 7 Depuis l'Indépendance, l'infrastructure sanitaire publique a connu un développement aussi bien au niveau humain que matériel. Même si nous ne pouvons pas négliger le rôle prépondérant que joue actuellement le secteur médical privé dans l'offre de soins à la population locale et, éventuellement, à celle étrangère (essentiellement libyenne), il faut rappeler que la réputation actuelle de Sfax en tant que pôle médical a été bâtie depuis l'Indépendance avec le renforcement permanent du seul CHU existant à l'époque, à savoir le CHU *Hédi Chaker*, puis, et surtout, avec la création du CHU *Habib Bourguiba* au milieu des années 1980.
- 8 La compréhension du fonctionnement du système public de soins tunisien passe évidemment par la présentation des caractéristiques de ses différentes composantes et des fonctions attribuées à chacune selon une logique de complémentarité entre les structures de première ligne, intermédiaires et celles hospitalo-universitaires.

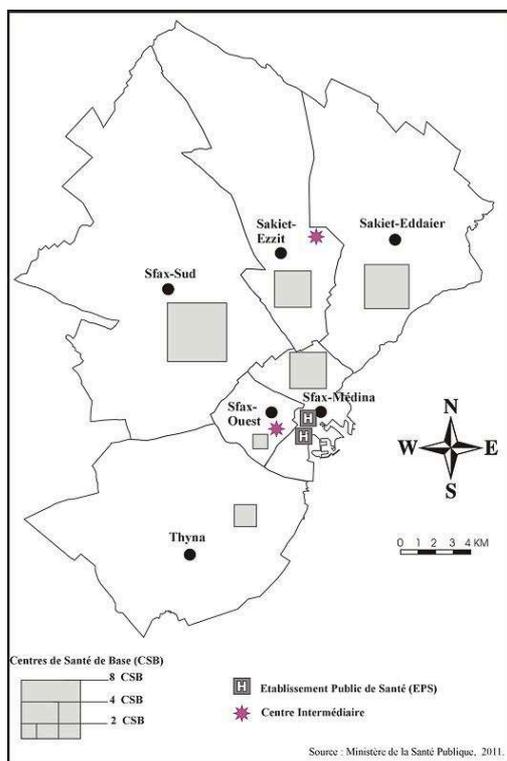
### La hiérarchisation des composantes du réseau de santé publique

- 9 Depuis l'Indépendance, le secteur public demeure le principal fournisseur des soins de santé, particulièrement dans les domaines préventif et hospitalier. Actuellement, le réseau composant le secteur de santé publique repose sur plusieurs niveaux, hiérarchisés, de recours (théoriquement) complémentaires (illustration 1).

#### Les structures de première ligne : les Centres de Santé de Base (CSB)

- 10 L'agglomération de Sfax comptait 29 CSB (aussi appelés « dispensaires ») en 2011 répartis entre les différentes délégations selon des densités variables (MSP, 2011). Ces centres offrent les soins ambulatoires à la population, la consultation pédiatrique et, occasionnellement, des soins dentaires. Un Centre de Santé de Base dispose d'un médecin généraliste et de 2 ou 3 infirmiers, dont le rôle réside moins dans l'hospitalisation que dans la consultation. Ce réseau de dispensaires constitue la première ligne de recours à laquelle la population s'adresse quotidiennement pour solliciter les soins ambulatoires (Jarraya *et al.*, 2005).

Illustration 1 - Les établissements de santé publique de l'agglomération de Sfax en 2011



Source : Ministère de la Santé Publique, 2011.

### Les Centres Intermédiaires (CI)

- 11 Le premier Centre Intermédiaire, dénommé *Matar*, est entré en activité en 1996. Il se situe dans la délégation de Sfax-Ouest et rayonne sur un vaste espace (sud et ouest de l'agglomération). Il propose des consultations dans 15 spécialités médicales différentes (cardiologie, ORL, pneumologie, ophtalmologie, etc.), afin de réduire les flux de patients qui, sans lui, devraient être transférés des CSB vers les EPS. L'utilité de cette structure intermédiaire ressort de l'accroissement continu du nombre de consultations qui y sont pratiquées. Ce succès a incité les autorités à en ouvrir un second, appelé *CI des Sakiets*, en octobre 2005. Ce dernier draine théoriquement la population des secteurs du nord de l'agglomération. Il propose aujourd'hui des consultations dans 14 spécialités : pédiatrie, endocrinologie, neurologie, etc.
- 12 Ces structures intermédiaires constituent ainsi la deuxième ligne de recours et forment une ceinture de protection pour les Etablissements Publics de Santé (EPS) de Sfax.

### Les Etablissements Publics de Santé (EPS)

- 13 Les EPS composent le niveau supérieur du système de soins public. Ils correspondent aux Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) et sont, à ce titre, rattachés à la Faculté de Médecine de Sfax, créée en 1974. De ce fait, les EPS constituent les lieux de formation des jeunes médecins. Sfax dispose de deux EPS complémentaires, celui de *Hédi Chaker* et celui de *Habib Bourguiba*.
- 14 L'EPS *Hédi Chaker*, construit en 1927, est l'une des plus anciennes structures sanitaires du pays. Il dispose de 18 services hospitaliers médicaux. Ce CHU est à valence purement

médicale, à l'exception du service de gynécologie qui exerce une activité chirurgicale. Sa capacité hospitalière totale est de 889 lits en 2011 (MSP, 2011).

- 15 L'EPS *Habib Bourguiba* fut ouvert en 1985. Il se compose de 17 services hospitaliers, avec une capacité de 508 lits en 2011; il est spécialisé en chirurgie. Cet EPS est situé à proximité de l'EPS *Hédi Chaker*, ce qui facilite la circulation et le transfert des patients. Ces deux établissements sont donc fonctionnellement inter-reliés.
- 16 Selon la procédure légale, un patient doit d'abord se présenter à un CSB, d'où il est (éventuellement) envoyé à l'hôpital régional ou au Centre Intermédiaire pour être finalement admis dans un EPS. Cet ordre hiérarchique est imposé par la rareté du service (Fakhfakh, 2000). Les consultations spécialisées, certains actes médicaux et les grandes capacités d'hospitalisation constituent l'apanage de la ville de Sfax : ses deux EPS se caractérisent en effet non seulement par la localisation (dans le centre-ville), mais aussi par la forte polarisation qu'ils exercent sur l'espace régional, concourant ainsi activement au rayonnement de Sfax en tant que métropole régionale.

## Un rayonnement spatial accentuant la domination de Sfax sur sa région

- 17 Le facteur démographique influence les activités liées aux soins offerts à Sfax. La population de l'agglomération sfaxienne est passée de 733 687 habitants en 1994 à 855 256 habitants en 2004, pour atteindre 944 500 en 2011 (INS, 2012). Cet accroissement démographique se traduit sur le plan sanitaire par une amplification des demandes de soins éminents de la population de l'agglomération, mais aussi de celle qui habite dans les autres villes et les zones rurales du gouvernorat (de Sfax). Par ailleurs, compte tenu du niveau de l'encadrement médical et du matériel performant qui équipe les établissements de la grande ville, il ne faut pas s'étonner de la forte mobilité extra-régionale des patients qui se dirigent vers Sfax, pour y solliciter des soins qui ne peuvent pas leur être fournis ou qui, quand ils le sont, s'avèrent de qualité insuffisante, dans leurs gouvernorats d'origine. Le nombre de consultations et d'hospitalisations pour des patients qui ne sont pas résidents à Sfax varie selon les gouvernorats en fonction du niveau d'équipement de l'hôpital qui y est situé, des types de maladies qu'il peut traiter, mais aussi de l'éloignement par rapport à Sfax –étant entendu que pour les habitants de certains gouvernorats, il existe des structures hospitalières universitaires concurrentes de celles de Sfax, mais plus proches, comme celles dont dispose Sousse, par exemple (Jarraya *et al.*, 2007).

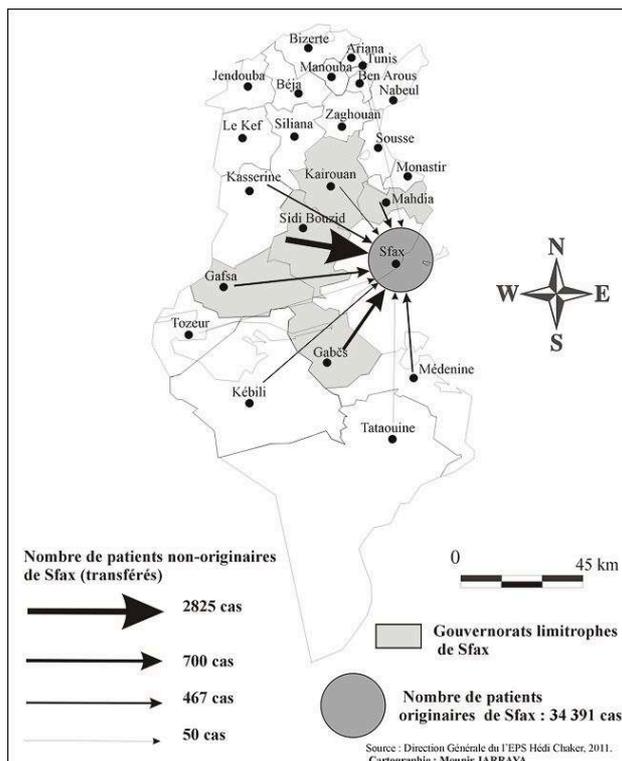
## Le rayonnement des hôpitaux sfaxiens

- 18 Avec une capacité hospitalière totale de 889 lits en 2011, l'EPS *Hédi Chaker* a enregistré cette année-là 38 889 hospitalisations dans ses divers services. Les patients résidant à Sfax en représentent 89 %. Les flux en provenance d'autres gouvernorats émanent principalement de Sidi Bouzid (7,2 %), de Gabès (1,8 %) et de Gafsa (1,2 %) (illustration 2A). À l'échelle des services hospitaliers, le nombre de patients qui ont été hospitalisés dans le service de pédiatrie est de 5 045 en 2011. Les patients résidant à Sfax en représentent 82 % contre 10 % pour les deux gouvernorats limitrophes de l'ouest et du sud (Sidi Bouzid et Gabès).

## Le rayonnement des services de consultations de l'hôpital *Hédi Chaker*

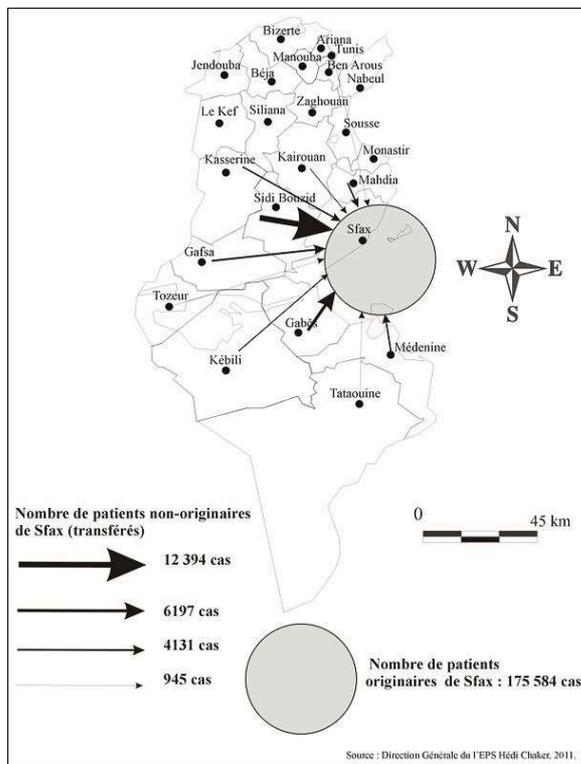
- 19 Les différents services de l'EPS *Hédi Chaker* ont enregistré 206 570 consultations en 2011. Les patients résidant à Sfax en représentent 85 % (illustration 2B). Ceux originaires des gouvernorats de Sidi Bouzid, Gabès et Gafsa comptent pour 11 %, tandis que les 4 % restants sont partagés entre les autres gouvernorats du sud (Kébili, Médenine) et du centre de pays (Kairouan, Kasserine, Mahdia). Parmi les différents services hospitaliers, le service de pédiatrie a traité à lui seul 6 646 cas en 2011 dont 89 % correspondent à des résidents de Sfax.
- 20 Pour analyser la polarisation spatiale des structures hospitalo-universitaires à l'intérieur du gouvernorat de Sfax, nous avons effectué une enquête en 2010 qui a couvert une période de deux semaines (11-16 janvier et 19-24 avril 2010) et qui s'est déroulée dans le service des Maladies Infectieuses de l'EPS *Hédi Chaker*. Cette enquête était rendue nécessaire par le fait que la base de données des EPS ne permet d'identifier l'origine géographique des malades que par leur gouvernorat de résidence. Dans le service en question, les 379 patients qui ont été enregistrés au niveau de la consultation externe pendant le déroulement de notre enquête se répartissent entre 80 % originaires du gouvernorat de Sfax et 20 % de provenance extérieure. Ces patients extra-régionaux se partagent entre ceux qui viennent de Sidi Bouzid (22, 3%), de Kasserine et Gabès (13 %) et de Kébili (10, 5%),... (illustration 3).

Illustration 2A – Origine géographique des patients, ne résidant pas à Sfax, hospitalisés en 2011 à l'EPS *Hédi Chaker*



Source : Direction Générale de l'EPS Hédi Chaker, 2011 ; cartographie : M. Jarraya.

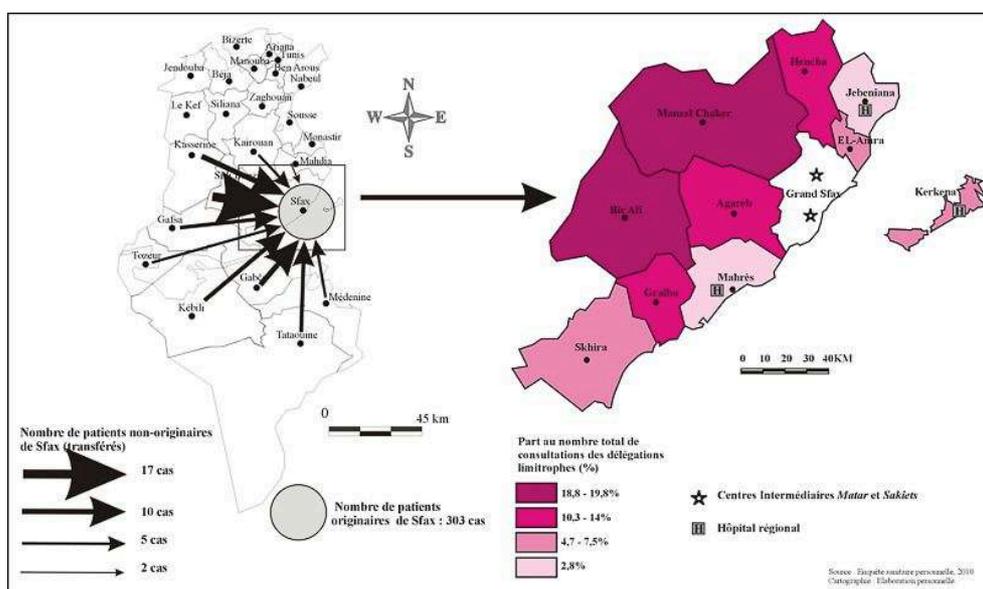
Illustration 2B – Origine géographique des patients, ne résidant pas à Sfax, venus en consultation en 2011 dans les services de l'EPS *Hédi Chaker*



Source : Direction générale de l'EPS *Hédi Chaker*, 2011.

- 21 La répartition géographique des patients résidant dans le gouvernorat de Sfax (303 cas) –que seul le dépouillement de notre enquête nous permet de connaître- montre une prédominance du Grand Sfax (l'agglomération et ses banlieues) qui en fournit 65 %, alors que le reste (35 %) se répartit inégalement entre les différentes délégations qui composent ce gouvernorat (illustration 3). Ce taux de 35 %, relativement faible, peut s'expliquer par le rôle joué par les deux Centres Intermédiaires *Matar* et *Sakiets* qui interceptent une bonne partie des patients qui, auparavant, devaient se rendre directement dans l'un des services des EPS sfaxiens. Nous reviendrons ultérieurement plus en détail sur le rôle de ces Centres Intermédiaires. De plus, il convient de remarquer que les flux les plus importants de malades du gouvernorat mais ne résidant pas dans l'agglomération sfaxienne proviennent de Bir Ali (19,8 %), Manzel Chaker (18,8 %), Hencha (14 %) et Agareb (12,2 %) qui sont des délégations dépourvues d'un hôpital régional (illustration 3).

Illustration 3 - Origine géographique des malades extra et intra-régionaux consultant dans le service des Maladies Infectieuses durant les deux semaines d'enquête sanitaire en 2010



Source : enquêtes 2010, M. Jarraya ; cartographie : M. Jarraya.

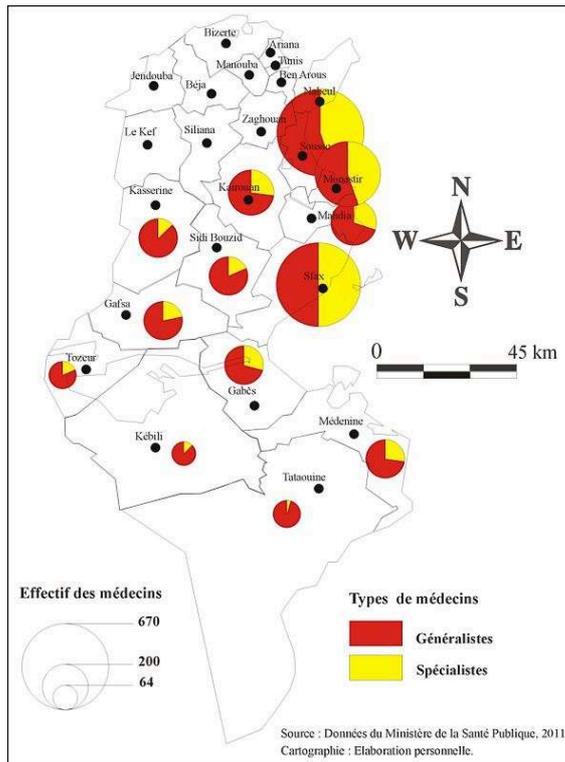
- 22 Les flux engendrés par les structures de soins des deux niveaux envisagés (hospitalisation et consultations externes) traduisent une mobilité assez grande des personnes qui habitent hors de l'agglomération. Cette mobilité trouve ses origines dans les relations anciennes et étroites déjà établies entre Sfax et les gouvernorats qui l'environnent dans les différents secteurs de la vie économique et sociale. Le phénomène de la polarisation régionale des EPS de Sfax est à l'origine d'un encombrement permanent traduisant des demandes en soins qui dépassent les capacités existantes.

## Des niveaux d'équipements de santé très contrastés au plan régional

- 23 Plusieurs indicateurs nous permettent de prendre la mesure, d'une part, de la nette supériorité du gouvernorat de Sfax pour ce qui est du corps médical pratiquant dans le secteur hospitalier public et en matière de capacité hospitalière par rapport aux gouvernorats voisins ; et, d'autre part, de situer la place de Sfax par rapport à la concurrence exercée principalement par les hôpitaux de Sousse et de Monastir. En effet, Sfax dispose d'un effectif total de 633 médecins pratiquant dans le secteur public contre 125 à Sidi Bouzid et 64 à Kébili (illustration 4). Dans tous les gouvernorats voisins de Sfax en direction de l'ouest et du sud, le manque de médecins est flagrant particulièrement en ce qui concerne les spécialistes : ainsi, Sfax en concentre 318, tandis que Sidi Bouzid n'en compte que 23 et Kébili à peine 8 ! (illustration 4). C'est cette insuffisance en matière de spécialités médicales dans les structures publiques des gouvernorats périphériques de Sfax qui est la cause principale des flux permanents de patients qui sollicitent les services de soins spécialisés dans les EPS de Sfax. À titre d'exemple, 34 cardiologues pratiquent dans les EPS de Sfax, alors que, à Sidi Bouzid, il n'en existe que 2 et que, à Kébili, on n'en trouve qu'un seul. Cela affecte sérieusement l'encadrement médical de la population dans ces gouvernorats, dans la mesure où nous

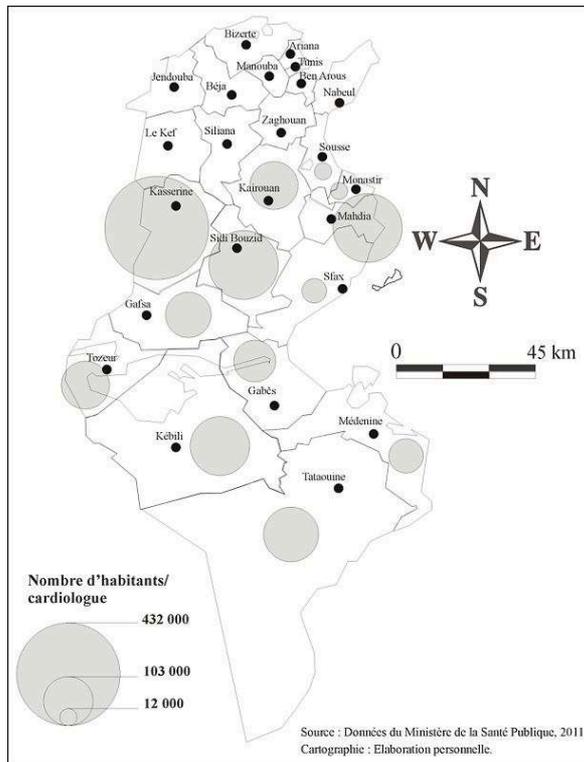
enregistrons, par exemple, 432 300 habitants/cardiologue à Kasserine et 206 250 habitants/cardiologue à Sidi Bouzid (illustration 5). Cette insuffisance très sérieuse en médecins spécialistes au sein des structures hospitalières des gouvernorats voisins de Sfax oblige leurs populations à se déplacer vers Sfax pour bénéficier des soins qu'ils ne peuvent recevoir sur place.

Illustration 4 – Répartition du corps médical public entre Sfax, les gouvernorats qu'il polarise et les gouvernorats concurrents en 2011



Source : Ministère de la Santé Publique, 2011 ; cartographie : M. Jarraya.

Illustration 5 – Répartition du nombre d'habitants/cardiologue public entre Sfax, les gouvernorats qu'il polarise et les gouvernorats concurrents en 2011



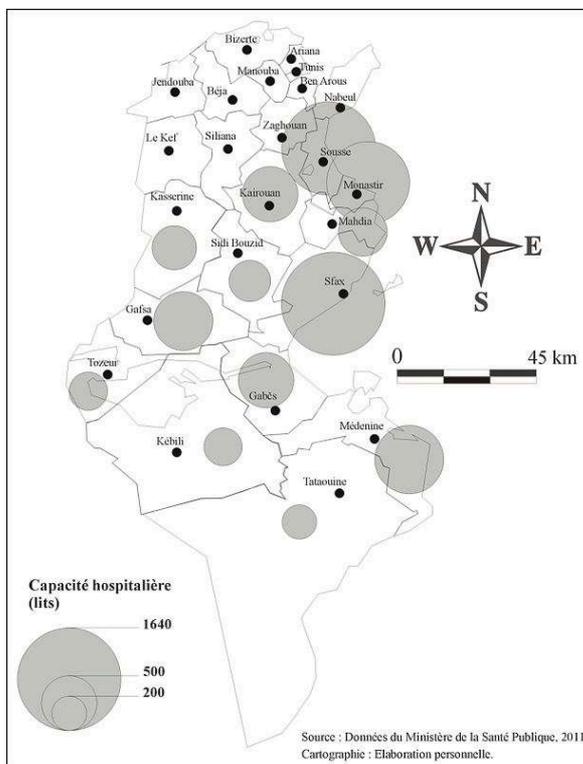
Source : Ministère de la Santé Publique, 2011 ; cartographie : M. Jarraya.

- 24 À partir de l'effectif médical total dont dispose Sfax (671 médecins dont 370 généralistes et 301 spécialistes), nous pouvons déterminer d'une part, la relative supériorité de Sfax en matière des médecins spécialistes pratiquant dans le secteur public. On peut d'autre part subodorer la concurrence qu'exercent les structures hospitalo-universitaires de Sousse (l'EPS de Sahloul) et de Monastir (l'EPS Fattouma Bourguiba) en constatant la faiblesse des flux de patients (se rendant à Sfax) originaires de Mahdia et de Kairouan –deux gouvernorats sur lesquels s'exerce, au moins dans leur partie méridionale, une attraction économique sfaxienne - ainsi que l'absence à peu près totale de patients en provenance de gouvernorats situés plus au nord, comme Siliana et Zaghouan, lesquels se dirigent plutôt vers l'EPS de Sousse quand ce n'est pas vers établissements hospitaliers de Tunis. Quant aux rapports des EPS de Sfax avec ceux de Tunis, nos interlocuteurs les estiment très faibles, se limitant à quelques cas de malades transférés chaque année pour des actes de chirurgie fine cardio-vasculaire ou cérébrale ou encore pour le traitement de cancers ou la réalisation de certaines greffes de cœur et de rein.
- 25 Outre ces disparités que nous venons de repérer en ce qui concerne la distribution du corps médical, la capacité hospitalière est elle aussi fortement très inégalement répartie entre Sfax et les gouvernorats qui l'entourent. Les structures hospitalières de Sfax disposent de 1 643 lits pour seulement 277 à Sidi Bouzid, 222 à Kébili et 204 à Tataouine (illustration 6). La capacité hospitalière limitée dans ces gouvernorats signifie que l'hospitalisation y est incertaine pour les patients, lesquels pâtissent également de l'absence de spécialistes et de plateaux techniques pas toujours performants, ce qui rend leur transfert dans les EPS de Sfax inévitable. Ce phénomène

de transfert quotidien, non seulement des patients des gouvernorats périphériques de Sfax, mais aussi de ceux qui proviennent des délégations limitrophes de l'agglomération sfaxienne (Hench, Menzel Chaker, Ghraïba, etc.), explique la forte fréquentation des EPS par des patients venant souvent de fort loin, ce qui contribue évidemment à la congestion dont souffrent les différents services hospitaliers de ces structures.

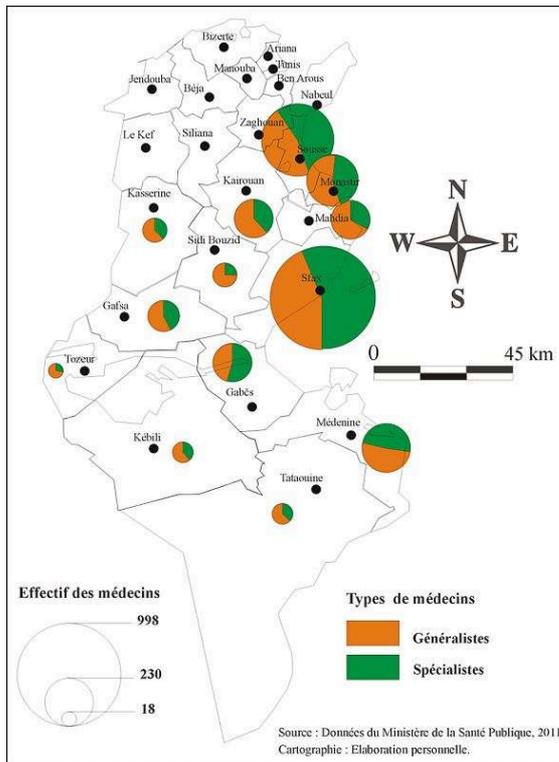
- 26 La prédominance sfaxienne se manifeste aussi en matière de médecine privée (illustration 7) puisque l'agglomération de Sfax constitue le lieu privilégié d'installation des médecins en libre pratique, ce qui génère, outre les flux des patients locaux (du gouvernorat), des flux extra-régionaux et même extra-nationaux (Libyens). Cette concentration élevée des médecins en libre pratique dans la ville de Sfax résulterait, d'après ce que nous en ont dit plusieurs internes travaillant dans les EPS de Sfax, de ce que les jeunes diplômés préfèrent s'y installer parce que leurs chances de réussite y sont meilleures ; ils refusent donc de travailler dans les gouvernorats intérieurs (du sud et du centre-ouest). Même les nouveaux diplômés en médecine qui sont originaires de ces gouvernorats-là préfèrent s'installer dans la ville de Sfax.

Illustration 6 – Répartition de la capacité hospitalière publique entre Sfax, les gouvernorats qu'il polarise et les gouvernorats concurrents en 2011



Source : Ministère de la Santé Publique, 2011 ; cartographie : M. Jarraya.

Illustration 7 - Répartition du nombre de médecins en libre pratique entre Sfax, les gouvernorats qu'il polarise et les gouvernorats concurrents en 2011



Source : Ministère de la Santé Publique, 2011 ; cartographie : M. Jarraya.

- 27 D'un autre côté, la forte concentration à Sfax de médecins privés contribue probablement – et de manière bienvenue – à l'allègement de la congestion des EPS. Nous ne sommes cependant pas en mesure d'apporter des éléments chiffrés à l'appui de cette hypothèse, dans la mesure où nous n'avons pu obtenir aucune information concernant les activités des médecins en libre pratique. Il n'en reste pas moins que la réforme du système de la sécurité sociale, avec notamment la création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladies (CNAM) en 2005 a permis de rembourser partiellement (60 %) le coût de certains soins (consultation, chirurgie, hémodialyse rénale, rééducation, actes d'imagerie médicale et de scanner, IRM) ainsi que celui d'achat de médicaments auprès des acteurs privés (officines pharmaceutiques). Cette réforme a permis aux fonctionnaires de l'État et, au moins pour partie, aux salariés du secteur privé de s'adresser aux établissements de soins ou aux praticiens privés en conservant leur droit à remboursement, ce qui, antérieurement, n'était pas possible. Par contre, ceux qui ne disposent que de faibles revenus ou qui sont totalement démunis relèvent du régime « public », c'est-à-dire que la prise en charge de leurs soins ne peut s'effectuer que s'ils s'adressent aux établissements publics de santé.
- 28 Toutefois, si cette réforme a effectivement contribué à alléger la congestion des EPS et à améliorer l'encadrement sanitaire de la population, elle a instauré simultanément une logique de ségrégation sociale, puisqu'elle a abouti à ce que les EPS se voient attribuer l'étiquette de « lieux de soins des pauvres et des extra-régionaux », alors que ces structures, d'après les enquêtes que nous avons réalisées, continuent à accueillir des personnes de toutes les catégories sociales, en particulier en ce qui concerne les

maladies chroniques et dégénératives (maladies cardiovasculaires, orthopédie, chirurgie, tumeurs, etc.).

## Problèmes engendrés par la congestion des établissements hospitaliers publics

- 29 Dans un travail antérieur, qui a porté sur l'utilisation des services de santé à Sfax au cours de la décennie 1994-2004, nous avons montré que celle-ci se caractérisait par une congestion flagrante des structures hospitalo-universitaire (Jarraya *et al.*, 2007). Cette situation est ancienne, comme il ressort de plusieurs de nos travaux précédents, et elle résulte essentiellement de ce que Sfax, en tant que principale ville du centre et du sud de la Tunisie, a été dotée très tôt d'une infrastructure hospitalo-universitaire, ce dont aucune autre ville régionale ne disposait. D'après les médecins hospitalo-universitaires avec lesquels nous nous sommes entretenus, la mise en place de l'ESP *Habib Bourguiba* au milieu des années 1980 a intensifié la fréquentation de ses services hospitaliers (spécialisés essentiellement dans la chirurgie), non seulement par les habitants du gouvernorat de Sfax mais aussi par ceux qui habitent en dehors. Au fil du temps, la réputation de l'ESP se diffusant dans des zones même éloignées de Sfax, ces flux extra-régionaux s'intensifient et aggravent la saturation des structures hospitalières. La congestion affecte peu à peu la totalité des services hospitaliers, étant entendu qu'elle ne revêt pas dans chacun d'eux la même intensité. Nos enquêtes, réalisées pour l'une en 2005 et pour l'autre en 2010, à l'occasion desquelles nous avons effectué également des entretiens avec les acteurs de tous types et de tous statuts (médecins, techniciens, infirmiers et administrateurs), ont révélé un fort mécontentement et une grande insatisfaction de tous ces personnels, mais particulièrement du corps médical et du personnel paramédical, à propos des conditions inconfortables de travail générées tant par la forte pression qui s'exerce sur les services des EPS du fait de l'augmentation du nombre de patients que par l'insuffisance des moyens humains et techniques. Cependant, l'analyse des indicateurs d'activité hospitalière sur la période 1994-2011 permet de dégager une inflexion de cette tendance à la congestion.

### La congestion des services hospitaliers : vers un allègement ?

- 30 La capacité hospitalière des EPS de Sfax n'a que très légèrement augmenté entre 2002 et 2011, passant de 1 320 à 1 397 lits. Cela correspond à un taux d'accroissement annuel moyen (TAAM) de seulement 0,6 %, alors que le nombre d'hospitalisations, étant passé dans le même temps de 51 453 à 63 568, a enregistré une augmentation moyenne de 3 % par an. Pour autant, et de façon assez paradoxale, la congestion des services hospitaliers ne s'est pas aggravée. C'est en tout cas ce qui ressort de l'examen des principaux indicateurs statistiques.
- 31 Ainsi, la durée moyenne de séjour (DMS) est tombée de 8,9 jours en 2004 à 6,3 jours en 2011. Même si l'on peut attribuer une partie de cette baisse à l'évolution des méthodes de prise en charge et de traitement dans les EPS, elle n'en reste pas moins due, pour l'essentiel, aux effets de l'application de l'hospitalisation partielle. Le taux d'occupation moyen (TOM) a lui aussi évolué à la baisse, passant de 93,7 % en 2004 à 79 % en 2011. Ce taux est considéré comme « élevé » par le milieu médical lorsqu'il dépasse 90 % (Ben Jemaâ, 2004) : Sfax serait ainsi passé « sous la barre ». Cependant, si le TOM a baissé

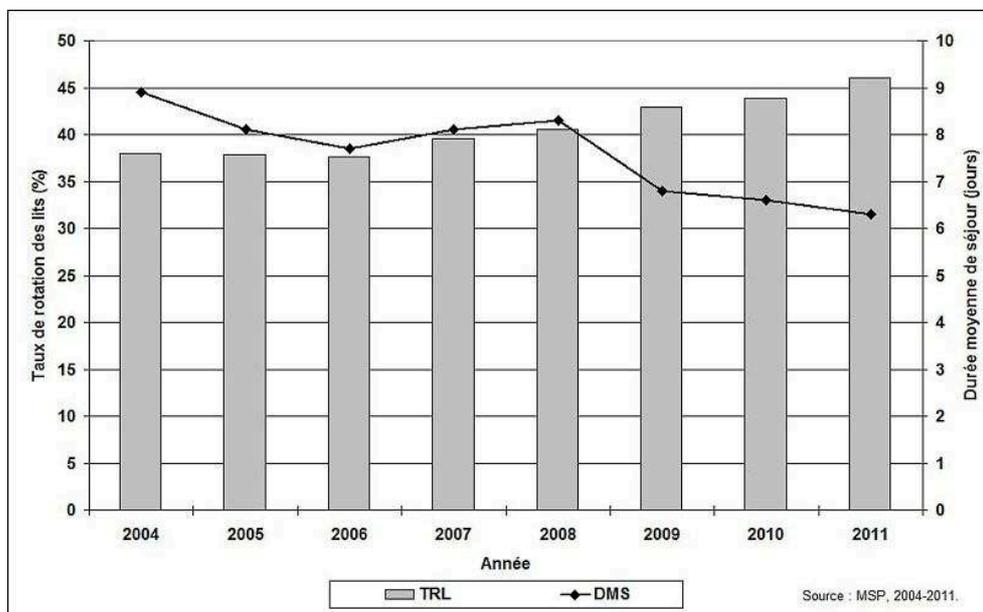
dans certains services tels que la néphrologie (52,8 %), la maternité (60 %) et la chirurgie infantile (50 %), il est resté élevé dans d'autres, comme la chirurgie thoracique (141,6 %), l'hématologie (136,2 %) et la pédiatrie (113,5 %) (tous les pourcentages indiqués correspondent à l'année 2011) (MSP, 2011). L'évolution de ces deux indicateurs (DMS et TOM) montre donc une tendance à l'allègement de la congestion, ce que confirme le taux de rotation des lits (TRL) qui s'est sensiblement amélioré entre 2004 et 2011, puisqu'il exprime une accélération sensible de cette rotation (de 38 % à 46 %) (illustration 8).

- 32 Cette évolution positive peut être attribuée aux effets des mesures qui ont été adoptées et mises en œuvre afin d'améliorer le « rendement » des EPS.

### Les effets de décongestion des mesures mises en œuvre

- 33 Depuis le début des années 2000, les EPS de Sfax ont connu un renforcement -et une amélioration- de l'activité de leurs services d'hôpital de jour du fait de l'application du système de l'hospitalisation partielle. Celui-ci autorise la prise en charge d'un patient pour une durée limitée, généralement inférieure à une journée, lorsque son état de santé ne nécessite pas une admission prolongée.

Illustration 8 - Évolution de la DMS et du TRL dans les EPS de Sfax (2004-2011)



Source : Ministère de la Santé Publique, 2004-2011.

- 34 Par voie de conséquence, les admissions pour l'hôpital de jour qui relève de l'EPS *Hédi Chaker* sont passés de 1 907 cas en 2001 à 6 480 cas en 2006 (Hakim *et al.*, 2006). Pour le seul service de gynécologie, les admissions de jour sont passées de 210 à 517 entre 2004 et 2006. Un second facteur d'évolution positive résulte d'une restructuration des plannings du personnel médical qui a été effectuée afin d'assurer une meilleure permanence des consultations. Enfin, troisième changement, il a été décidé que les consultations pourraient se prolonger jusque dans l'après-midi pour décongestionner les séances matinales. Le nombre de consultations de l'après-midi a donc augmenté à l'EPS *Hédi Chaker* pour passer d'un total de 205 589 en 2004 à 209 169 en 2006.

- 35 Les hôpitaux régionaux qui sont situés dans les délégations limitrophes du gouvernorat de Sfax, particulièrement ceux des gouvernorats émetteurs d'un grand nombre de patients vers les EPS de la métropole régionale, comme Sidi Bouzid, Gafsa et Gabès, ont bénéficié d'un renouvellement de leur équipement et du renforcement de leur corps médical, rendu possible par l'attribution d'incitations financières aux cadres médicaux qui acceptaient de s'y rendre. Cela a contribué à freiner la mobilité des personnes devant être hospitalisés et à faire baisser la pression sur les hôpitaux de Sfax.
- 36 D'un autre côté, les Centres Intermédiaires jouent un rôle essentiel dans la réduction des flux de patients qui, après avoir transité par un CSB, devaient aller dans un EPS. Le tableau 1 montre que le niveau de fonctionnement du centre *Matar* est supérieur à celui des *Sakiets*, ce qui s'explique d'abord par le fait que le premier, ouvert en 1996, est plus ancien que le second (créé en 2005). Mais si, de ce fait, le centre *Matar* n'enregistre qu'une progression lente de son activité (+ 0,5 % par an entre 2005 et 2011 tant pour le nombre total de consultations que le nombre de consultations journalières), celui des *Sakiets* manifeste un très grand dynamisme qui exprime sa « montée en charge » (+ 70,7 % pour le nombre total de consultations ; + 29 % pour le nombre de consultations journalières) (tableau 1).

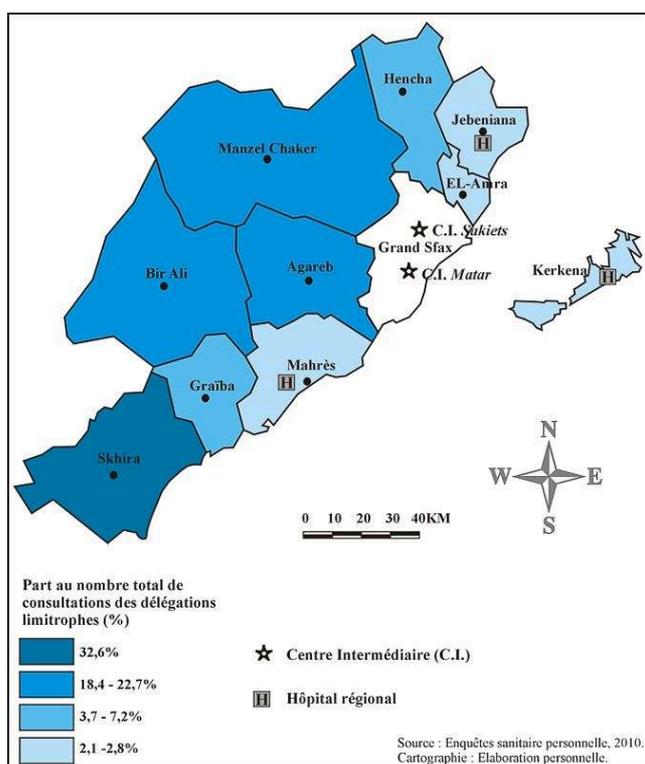
Tableau 1 – Évolution de l'activité des Centres Intermédiaires de santé de Sfax entre 2005 et 2011

	Centre <i>Matar</i>			Centre des <i>Sakiets</i>		
	2005	2011	TAAM (%)	2006	2011	TAAM (%)
<b>Nombre de consultations</b>	39 460	40 721	0,5	823	11 929	70,7
<b>Nombre de consultations/jour</b>	192	198	0,5	29	104	29

Source : Ministère de la Santé Publique, 2005, 2006 et 2011.

- 37 Pour ce qui est de leur aire d'attraction, ces Centres Intermédiaires accueillent principalement les patients originaires de la ville de Sfax et de ses banlieues rurales ; ils en reçoivent aussi qui proviennent des délégations limitrophes. Selon notre enquête conduite pendant deux semaines en 2005 (du 12 au 18 janvier d'abord, puis du 25 au 30 avril) dans le centre *Matar*, il apparaît que 13 % des malades qui y consultent sont justement originaires de ces délégations qui entourent la métropole régionale (Jarraya *et al.*, 2007). Une enquête postérieure, que nous avons menée en 2010 pendant deux semaines (11-16 janvier et 19-24 avril 2010), et qui a touché cette fois les deux Centres, a montré que les patients non-résidents dans l'agglomération représentaient 28 % des consultations. Parmi ceux-ci, le plus grand nombre provient des délégations qui ne possèdent pas d'hôpital régional : à titre d'exemple, les patients de Skhira, Manzel Chaker et Agareb représentent respectivement 32,6 % et 22,7 % et 18,4 % (illustration 9) (Jarraya, 2010).

Illustration 9 - Répartition des patients originaires des délégations limitrophes reçus en consultation dans les Centres Intermédiaires *Matar* et *Sakiets* selon les enquêtes sanitaires en 2010



Source : enquête 2010, M. Jarraya ; cartographie : M. Jarraya.

## Discussion

- 38 La situation dans les EPS de Sfax tend vers une amélioration, du fait d'une réduction de leur congestion, quand bien même les entretiens que nous avons effectués dans les services hospitaliers montrent que la situation demeure encore épineuse au niveau de l'hospitalisation. Pour le Professeur Mounir Ben Jemaâ, chef du service des Maladies Infectieuses de l'EPS *Hédi Chaker*, le problème de la congestion est particulièrement marqué pour les spécialités qui nécessitent un long séjour hospitalier. Par exemple, le traitement de certaines infections cutanées, telle l'érysipèle des membres inférieurs, exige un séjour hospitalier qui peut dépasser 2 semaines. Le Professeur Ben Jemaâ nous a fait part de son inquiétude quant à la situation hospitalière en se demandant : « Que faut-il faire quand on ne dispose que d'une capacité de 33 lits et que les indicateurs d'activité de son service sont excessivement élevés : DMS de 6 jours et TRL à 51%, comme c'est le cas dans le service que je dirige ? Comment dois-je répondre aux nouvelles demandes d'admission alors que les lits sont occupés et que les autres services hospitaliers me demandent de transférer des malades vers mon service, non pour des raisons médicales, mais à cause de la saturation ? Cette situation de congestion influe aussi négativement sur les infirmiers qui souffrent de l'insuffisance des équipements et du matériel, ce qui contribue à accroître leur stress. Cela crée parfois des tensions avec les patients ou ceux de leurs proches qui leur rendent visite ».
- 39 Certains points faibles persistent donc. Ainsi, les consultations de l'après-midi ne sont pas une pratique généralisée dans tous les services de l'EPS *Hédi Chaker* puisqu'elle

n'est offerte que dans le tiers des services de l'EPS : cardiologie, endocrinologie, néphrologie, etc. De plus, les hôpitaux régionaux souffrent encore de l'absence de spécialistes dans des domaines tels que le traitement des cancers, la chirurgie cardiovasculaire, l'orthopédie. Même si la situation s'est améliorée au cours de ces dernières années, le problème de la congestion demeure sérieux et il s'est même aggravé dans les services paramédicaux et dans ceux d'exploration biologique et radiographique. Cela se manifeste au niveau des délais moyens de rendez-vous qui dépassent 3 mois pour un examen radiographique par scanner ou IRM (Jarraya, 2010). Nos entretiens nous ont ainsi permis de constater les difficultés rencontrées par les patients non originaires de Sfax hospitalisés dans le service de cardiologie de l'EPS Hédi Chaker. Pour se rendre à l'hôpital, ces malades doivent emprunter des moyens de transport collectif (autobus ou voiture de louage –un grand taxi collectif). Nous avons, dans ce cadre, rencontré une malade âgée de 68 ans qui était venue depuis le gouvernorat de Kébili, au sud-ouest de Sfax, et qui avait fait plus de 300 km pour une consultation avec un cardiologue. Ce dernier a souhaité qu'elle fasse des analyses biologiques et qu'elle passe un échodoppler (image exploratoire de l'état du cœur). La visite suivante a été fixée pour dans trois mois, étant entendu qu'elle doit faire les analyses en étant à jeun. Mais si les analyses sont faisables assez rapidement, il s'avère que le rendez-vous pour l'échodoppler ne peut lui être donné avant 6 mois, alors que son état nécessite un avis urgent ; elle risque en effet de décéder avant 6 mois. A toutes ces difficultés d'ordre médical ou hospitalier auxquelles un malade est confronté, s'en ajoutent d'autres, d'une autre nature – mais parfois insurmontables. Par exemple, le transport depuis Kébili jusqu'à Sfax a coûté à notre malade enquêtée 30 dinars pour un aller-retour. Mais elle ne dispose pas des moyens financiers pour trouver un hébergement qui lui permette de passer la nuit à Sfax, alors qu'elle doit procéder ainsi si elle veut être à jeun pour ses analyses. Cette femme âgée n'est cependant qu'un cas parmi les milliers qui fréquentent les EPS de Sfax chaque jour et qui sont à la fois des causes et des victimes de la congestion. On peut donc légitimement penser qu'un renforcement des infrastructures hospitalières et une offre plus conséquente de spécialités dans les gouvernorats voisins de Sfax, d'une part, et la création de services d'urgence dans les structures existantes à Bir Ali, à Skhira et dans quelques autres délégations limitrophes améliorerait sensiblement la situation et faciliterait grandement l'accès aux soins des malades originaires de ces lieux et devant être hospitalisés.

- 40 Par ailleurs, si la montée en régime du Centre Intermédiaire des *Sakiets* assure une amélioration sensible des possibilités offertes à la population de Sfax, ses potentialités ne sont pas encore bien valorisées. Nous avons en effet constaté que ce centre, situé en pleine zone rurale et éloigné de 3 km de la route principale GP1, ne proposait pas les services de plusieurs spécialités importantes comme la cardiologie et ne disposait ni d'unité d'urgence ni d'unité de radiologie : tous ces éléments réduisent considérablement son efficacité, de telle sorte qu'une partie des patients qu'il devrait accueillir continuent à être acheminés vers les EPS du centre de Sfax. Nous avons interrogé des patients venant en consultation dans ce centre. Ils ont exprimé leur mécontentement à propos de l'absence d'un service de radiologie. Sachant que les examens radiologiques sont une étape préalable souvent indispensable à toute consultation de spécialiste, cela se traduit par un déplacement jusqu'au centre *Matar* - éloigné de 15 km- pour effectuer cet examen, avant de retourner le lendemain au centre des *Sakiets*, voire deux jours plus tard si le service radiologique de *Matar* est trop encombré, pour enfin accéder à une consultation avec le médecin spécialiste. Bref, pour

les malades, il s'agit dans tous les cas d'une perte de temps et d'argent, sans compter que ces déplacements d'un lieu à un autre affectent la qualité des prestations offertes par le centre des *Sakiets*.

- 41 Certes, les mesures adoptées ont servi à atténuer la congestion des EPS de Sfax –ou à éviter qu'elle ne s'accroisse-, mais une solution radicale nécessite inéluctablement la construction d'un nouvel EPS. Mais, bien que les études en vue de la réalisation d'un tel équipement aient déjà eu lieu et qu'un financement ait été réservé en 2010, le projet est actuellement gelé. Et la situation qui prévaut après la révolution du 14 janvier 2011 rend sa réalisation encore plus aléatoire, puisque le gouvernement accorde désormais la priorité au développement des régions intérieures du pays. Pour autant, on peut considérer que, compte tenu du rayonnement régional des structures hospitalo-universitaires de Sfax, il demeure nécessaire d'agir pour les décongestionner. En effet, la situation actuelle est préjudiciable aux malades, au premier rang desquels ceux qui proviennent de l'intérieur du pays, et elle aboutit à une dégradation rapide de l'infrastructure hospitalière (matériel, bâtiments, etc.). D'après nos entretiens avec deux médecins travaillant dans le service de cardiologie de l'EPS *Hédi Chaker*, l'utilisation intensive des deux écho-doppler dont ce service est équipé et qui fonctionnent à leur capacité maximale, entraîne des pannes occasionnelles, qui aggravent une situation déjà tendue, car, comme nous l'avons déjà mentionné les délais pour obtenir un rendez-vous en « temps normal » sont déjà très longs (plus de 6 mois). Or, la plupart de ceux qui doivent subir ce type d'examen n'ont pas les moyens de le faire auprès d'un patricien ou d'un cabinet privé, dont les coûts sont prohibitifs (près de 100 dinars).
- 42 Finalement, l'amélioration de la situation et la réduction de la congestion des hôpitaux sfaxiens ne peut résulter que de la mise en œuvre de l'une ou l'autre des solutions suivantes : ou bien engager la construction d'un nouvel EPS à Sfax –comme cela a été programmé, mais pas encore réalisé-, ou bien renforcer les infrastructures de santé publique dans les gouvernorats émetteurs de patients vers Sfax en augmentant leurs capacités en lits, en élargissant la palette des spécialités qu'ils offrent et en renforçant le corps médical et le personnel paramédical.
- 43 Nous voudrions avant de conclure formuler deux remarques pour relativiser nos résultats. D'une part, nos enquêtes ont eu une durée limitée (2 semaines) et elles ont concerné un seul service dans les EPS sfaxiens : leurs résultats ne peuvent donc être généralisés sans prendre beaucoup de précautions, du moins tant que des études du même type ne permettent pas de savoir si le service que nous avons privilégié est représentatif (ou pas) de l'ensemble. D'autre part, il faut garder à l'esprit que les structures hospitalières publiques prennent en charge environ 65 % de la demande en soins de santé de l'agglomération de Sfax, ce qui signifie qu'environ le tiers des patients recourt aux services des médecins en libre pratique, sans oublier les personnes qui se soignent individuellement sans consultation médicale ou qui s'adressent à la médecine traditionnelle.

## Conclusion

- 44 Les indicateurs d'activités hospitalières dans les EPS de Sfax se situent encore aujourd'hui à un niveau élevé et signifient donc que la congestion des services demeure flagrante. Même si leur évolution donne à penser que la tendance est à un allègement

de cette situation, certains points noirs persistent encore, tels que les longs délais pour obtenir un rendez-vous en vue d'une consultation ou la durée excessive d'attente le jour de la consultation. Dans un EPS, il n'est pas évident que tous les patients qui méritent l'hospitalisation soient admis, même en urgence, car cela nécessite, outre une décision médicale, la disponibilité d'un lit. Même si la priorité d'admission hospitalière respecte l'urgence des cas, la durée d'attente des patients peut se prolonger excessivement. Problème structurel, la saturation de la capacité hospitalière ne semble pas pouvoir être résolue par l'application de simples solutions ponctuelles qui seraient préconisées par l'administration, même s'il est vrai que la mise en place du système de l'hospitalisation partielle et l'extension du temps de consultation l'après-midi ont désengorgé relativement la congestion.

- 45 La création des Centres Intermédiaires dans l'agglomération de Sfax a, quant à elle, également contribué à alléger la pression qui s'exerce sur les consultations. Mais ces centres joueraient un rôle sensiblement plus efficace s'ils disposaient des moyens indispensables pour mieux remplir leurs tâches. De fait, et bien que le contexte politique et économique en rende la réalisation aléatoire, seule l'édification d'un nouvel EPS à Sfax serait susceptible de favoriser un développement de l'offre et de la demande de soins médicaux à un rythme suffisant pour réduire l'intensité des problèmes auxquels les structures hospitalières sont actuellement confrontées et pour permettre à Sfax de mieux affirmer son rôle de métropole régionale.

---

## BIBLIOGRAPHIE

- Aschan-Leygonie Ch., Baudet-Michel S., Mathian H., Sanders L., 2013. Les inégalités de la santé respiratoire entre villes : une approche géographique. *Environnement Risques & Santé*, 12, p. 118-28.
- Ben Jemaâ I., 2004. *Indicateurs hospitaliers de l'activité de l'EPS Hédi Chaker en 2002*. Thèse de doctorat, Université de Sfax, Faculté de Médecine, 73 p.
- Belhédi A., 2004. Le système urbain en Tunisie, Analyse hiérarchique démo-fonctionnelle sur la base de loi Rang-taille. *Revue européenne de géographie Cybergeo*, n° 258, 22 p.
- Belhédi A., 1999. Les disparités spatiales en Tunisie, état des lieux et enjeux. *Méditerranée*, Tome 91, Littoralisation et disparités spatiales Machrek Maghreb, p. 63-72.
- Boussouf R., 1998. *Les territoires de l'hôpital : l'attraction du pôle hospitalier de Constantine*. Thèse de doctorat en géographie de la santé, Université Paul Valéry Montpellier III, 335 p.
- Commeyras Ch., Ndo J-R., Merabet O., Kone H., Rakotondrabe F., 2006. Etude de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments au Cameroun. *Cahiers de Santé*. Vol. 15, n° 1, p. 13-19.
- Daoud A., 2011. La révolution tunisienne de janvier 2011 : une lecture par les déséquilibres du territoire. *EchoGéo* [En ligne], Sur le vif 2011. URL : <http://echogeo.revues.org/12612>.
- Fakhfakh F., 2000. *Le tertiaire supérieur à Sfax : Le service médical et l'enseignement supérieur*. Thèse de doctorat, Université de Tunis I, Faculté des Sciences Humaines et Sociales, 446 p.

- Hakim J., Mesfar H., Kammoun N., Guebsi M., 2006. *Rapport d'activité hospitalière de l'EPS Hédi Chaker 2004-2006*, Tome 1 et 2, Ministère de la Santé Publique, EPS Hédi Chaker, Direction de Gestion des Malades, 183 p.
- INS (Institut National de la Statistique), 2012. *Le recensement national de l'emploi et de l'emploi en Tunisie en 2011*, 140 p.
- Jarraya M., Beltrando G., Daoud A., Ben Jemaâ M., Khoufi M., 2005. La Santé Publique dans la région de Sfax : l'apport du secteur de la Santé de Base dans la spatialisation des affections respiratoires et Oto-Rhino-Laryngologique. *Quatrième Colloque Internationale de Géographie, Sfax 14-16 avril*, Actes dactylogr. 16 p.
- Jarraya M., Beltrando G., Daoud A., 2007. Congestion des structures hospitalo-universitaires à Sfax : aspects spatiaux et alternatives d'intervention. *IX<sup>ème</sup> Colloque de la Géographie Maghrébine, Sfax 19-22 avril*, Actes Dactylogr. 14 p.
- Jarraya M., 2009. *Biométéorologie de la morbidité respiratoire dans le secteur public de la santé à Sfax (Tunisie)*. Thèse de doctorat, Université Paris Diderot, 364 p.
- Karray N., 1996. Le littoral de Sfax et ses enjeux. *Revue Tunisienne de Géographie*, n° 30, p. 101-121.
- Lamine R., 2009. Les régions intérieures en Tunisie. Situation du développement humain et enjeux du développement. *Géographie et Développement. Revue de l'Association des Géographes Tunisiens*, n° 18, p. 5-25.
- MSP (Ministère de la Santé Publique), 2011. *Rapport annuel des statistiques sanitaires dans le gouvernorat de Sfax*. Direction Régionale de Sfax, Unité Régionale des Statistiques, 85 p.
- MSP (Ministère de la Santé Publique), 2004. *Rapport annuel des statistiques sanitaires dans le gouvernorat de Sfax*. Direction Régionale de Sfax, Unité Régionale des Statistiques, 78 p.
- Rebouha, 2007. Concentration des services de santé, contraintes de mobilité et difficultés d'accès aux soins dans la métropole d'Oran. *Territoires en mouvement*, n° 4, p. 6-16.
- Rican S., Salem G., Jouglé E., 2003. Villes et santé respiratoire en France. *Geocarrefour*, 78, p. 203-10.
- Riva M., Curtis S., Gauvin L., Fagg J., 2009. Unravelling the extent of inequalities in health across urban and rural areas: evidence from a national sample in England. *Soc Sci Med*, 68, p. 654-63.

## RÉSUMÉS

Installées dans l'agglomération de Sfax, les structures hospitalo-universitaires exercent une attraction sur son espace périphérique. Cela se matérialise par des flux de patients qui fréquentent l'agglomération pour divers services de soins spécialisés offerts par ces structures. A travers les niveaux de soins de la consultation et de l'hospitalisation, nous analysons les aspects du pouvoir spatial des EPS de l'agglomération de Sfax, en mettant l'accent sur la congestion dont souffrent celles-ci ainsi que l'effet des mesures adoptées jusqu'aujourd'hui pour y remédier. Pour ce faire, nous avons recours à des données, relatives à l'activité hospitalière, illustrées par des indicateurs (DMS, TRL ...). Ce travail débouchera sur l'analyse de la tendance de la congestion ainsi que sur des propositions qui pourraient permettre le décongestionnement des EPS de Sfax.

Installed in the town of Sfax, the university hospital structures exert a pull on the device space. This is in the flow of patients attending the agglomeration for various specialty care services offered by these structures. Through the levels of care consultation and hospitalization, we

analyze the aspects of the EPS's space power of the agglomeration of Sfax, focusing on the congestion affecting them as well as the effect of measures adopted until now in order to lighten. Data within the hospital activity shown by indicators (DMS, TRL ...) are used in this work resulted in the trend analysis of congestion as well as some propositions to decongest the EPS of Sfax.

## INDEX

**Keywords** : university hospital structure, space power, indicator of hospital activity, congestion, agglomeration of Sfax

**Mots-clés** : Structure hospitalo-universitaire, pouvoir spatial, indicateur d'activité hospitalière, congestion, agglomération de Sfax

## AUTEURS

### MOUNIR JARRAYA

Mounir Jarraya, jarrayam2001@yahoo.fr, est assistant en climatologie à la Faculté des Lettres et Sciences Humaines de Sfax, Université de Sfax (Tunisie).

### GÉRARD BELTRANDO

Gérard Beltrando, beltrando@univ-paris-diderot.fr, est professeur de géographie de l'environnement, climatologie. Directeur de l'Institut des Écoles doctorales de Paris-Diderot.