

Une ville sur ordonnance : pour une géographie urbaine ducapitalisme médical à Sfax (Tunisie)

Théo Maurette

▶ **To cite this version:**

Théo Maurette. Une ville sur ordonnance : pour une géographie urbaine ducapitalisme médical à Sfax (Tunisie). Géographie. Université Grenoble Alpes [2020-..], 2025. Français. ⟨NNT : 2025GRALH025⟩. ⟨tel-05545167v2⟩

HAL Id: tel-05545167

https://theses.hal.science/tel-05545167v2

Submitted on 10 Mar 2026

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

École doctorale : SHPT - Sciences de l'homme, du Politique et du Territoire
Spécialité : Geographie (CEGEOG - ED SHPT)
Unité de recherche : Pacte, Laboratoire de sciences sociales

Une ville sur ordonnance : pour une géographie urbaine du capitalisme médical à Sfax (Tunisie)

A city on prescription : towards an urban geography of medical capitalism in Sfax (Tunisia)

Présentée par :

Théo MAURETTE

Direction de thèse :

Myriam HOUSSAY-HOLZSCHUCH PROFESSEURE DES UNIVERSITES, UNIVERSITE GRENOBLE ALPES	Directrice de thèse
Fanny VUAILLAT MAITRE DE CONFERENCES, UNIVERSITE GRENOBLE ALPES	Co-encadrante de thèse

Rapporteurs :

Clélia GASQUET-BLANCHARD
MAITRESSE DE CONFERENCES HDR, EHESP
Emmanuel MATTEUDI
PROFESSEUR DES UNIVERSITES, Aix Marseille Université

Thèse soutenue publiquement le **1er décembre 2025**, devant le jury composé de :

Myriam BARON, PROFESSEURE DES UNIVERSITES, Université Paris-Est Créteil	Présidente
Myriam HOUSSAY-HOLZSCHUCH, PROFESSEURE DES UNIVERSITES, Université Grenoble Alpes	Directrice de thèse
Clélia GASQUET-BLANCHARD, MAITRESSE DE CONFERENCES HDR, EHESP	Rapporteure
Emmanuel MATTEUDI, PROFESSEUR DES UNIVERSITES, Aix Marseille Université	Rapporteur
Max ROUSSEAU, CHARGE DE RECHERCHE, CIRAD	Examinateur
Mounir JARRAYA, DOCTEUR EN SCIENCES, Université de Sfax	Examinateur

Invités :

Fanny VUAILLAT
MAITRESSE DE CONFERENCES, UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

Attention, ce manucsrit est un manucsrit sur le capitalimse.

Merci de votre compréhension.

Remerciements

Je souhaite en premier lieu remercier Fanny Vuaillat qui, un matin de 2018, a accepté de me suivre dans l'élaboration de ce projet de thèse, en dépit de mon profil que probablement peu prédestinaient à cette trajectoire. Merci pour ta confiance, ton énergie ainsi que tes mots et ta vision, toujours si justes, sur la recherche, l'université et notre monde.

Merci à Myriam Houssay-Holzschuch qui, pour une même raison que j'ignore, a accepté de nous suivre dans cette aventure de presque 7 ans désormais. Merci pour ta confiance également, ta générosité et ta bienveillance que nul·les n'égalent.

Merci à toutes les deux d'avoir tenu ce trio avec ses hauts et ses bas, ses grands moments comme ses petites difficultés. Merci pour votre engagement sans faille, votre disponibilité et la richesse de nos échanges. Cette expérience m'a transformé et je vous dois une immense part de ce que j'en retire de plus positif.

Si cette voie nous l'avons ouverte à trois, je souhaite également adresser ma sincère reconnaissance aux membres du jury, Myriam Baron, Clélia Gasquet-Blanchard, Emmanuel Matteudi, Mounir Jarraya et Max Rousseau, pour avoir accepté de lire, évaluer et critiquer le présent manuscrit, et grâce à qui le chemin se poursuit.

Mon parcours, comme toute recherche, n'a jamais été que le fruit d'une expérience collective à laquelle je me dois de rendre hommage ici. J'ai peu écrit dans ma vie et, après 30 ans, ce point d'étape est l'occasion d'honorer les lieux ainsi que toutes celles et tous ceux qui font et ont fait ce que je suis et, de près comme de loin, visibles comme invisibles, ont participé à l'élaboration de ce petit fragment de connaissance sur le monde.

Mes remerciements vont en premier lieu à Grenoble. À tes immeubles de grande hauteur encadrant les grands boulevards, une belle soirée de septembre, tes odeurs d'ozone et de kebab de 11h à minuit et tes matinées brumeuses d'où émergent, seules, les trois tours de l'ile verte frappées des pâles rayons du soleil hivernal. C'est en tes murs que j'ai appris, aimé, compris et vécu l'urbain. Ta teinte de béton gris clair, que beaucoup renient, tes chaudes journées d'été que beaucoup fuient et tes rues pleines d'une vie qui est insupportable à la vue de certain·e, m'ont donné ce gout, unique, de la ville. J'ignore si ton air m'a rendu libre, mais c'est avec lui que j'ai pris mon envol vers tout ce qui s'est passé depuis.

À tout·es les camarades du lycée professionnel André Argouges, avec qui j'ai partagé les premières années de cette expérience urbaine. À Émeline, Candice et Manon, bien sûr, mais aussi Simon, Damien, Bertrand, JB, Vico, Vins, Salomé, Alice, Maëva, Mélisse et tout·es les autres. À Olivier Créteur qui m'a probablement donné goût à la

géographie. Merci à vous pour ce qui me semble être, parfois, le point de départ de tout cela.

À tout·es les camarades étudiant·es de l'Institut d'Urbanisme et de Géographie Alpine, avec qui j'ai découvert, compris et refait le monde. À Léo-Paul, Manon et Stella, évidemment, mais aussi Anthony, Eve, Hugues, Anna, Quentin, Rémi et tant d'autres sur toutes ces années.

À tout·es les collègues doctorant·es du laboratoire Pacte. Jessica, Emilie et Noa, bien entendu, mais aussi Ange, Yatina, Thibault, Aubéline, Hélène, Clément, Sophie, Salomé, Mathilde, Noémie, Juliana, Anne-Gaëlle, Corinne, Ludovica, Lise, Hassan, Stan, Zoé, Maëva, Julia, Arthur, Sarasadat, Lucia, Milan, Simeon, Anastasia, Guillaume et tout·es les autres ! Pour toutes ces années qui ont filé plus vite que ce qu'on a cru, les 57 groupes WhatsApp thématiques et les pomodoros pas respectés pour faire durer les pauses. Et merci au canapé du bureau T302, meilleur soutien moral et dorsal de toute la région.

À tout·es les collègues ingénieur·es et technicien·nes du laboratoire Pacte, Estelle, Stéphanie C. et Hélène, pour sûr, mais aussi Isabelle, Patrick, Max, Thierry, Catalina, Justine, Stéphanie A., Arthur, Vanessa, Patricia, Carole, Nathalie, Samya, Nicolas et Céline. Pour votre travail, trop souvent dans l'ombre de la recherche française, votre bienveillance et votre courage de faire tenir le laboratoire à bout de bras.

À tout·tes les collègues enseignant·es-chercheur·es du laboratoire Pacte, Anne-Laure et Laurence particulièrement, pour avoir nourri et maintenu la politique qui fait de ce labo un refuge *autant que faire se peut* dans ce désert de violence et de précarité que devient l'université française. Un immense merci aux collègues de l'équipe Justice Sociale, pour les échanges riches et passionnants, les ateliers d'écritures et les soutiens en tout genre tout au long du (long !) processus du doctorat. Merci de faire de cette équipe un espace ouvert, pluriel et de résistance ! Merci en particulier à Camille V., Grégory, Cristina, Laura, Sébastien et Thibauld. Merci aussi à Jean-Michel, Pascal, Victor, Camille C., Claire et les autres.

Plus de 10 ans que je suis entre les murs de l'IUGA et cette thèse sera peut-être l'aboutissement de toutes ces années. Je ne compte plus les rencontres et les temps forts que j'y ai vécu. Grand merci à Lucile, Marie-Sophie, Nadia, Leila, Chloé, Soane, Sébastien, Catherine, Marime, Agnes, Céline, Sami et Alain qui ont fait et font vivre l'institut. Et un dernier remerciement, particulier, en ces lieux, à Nathalie à qui je dois une bonne paire de cookies triple-chocolat et un immense réconfort.

À tout·es les camarades de Solidaire et de la CGT de Grenoble et d'ailleurs, auprès de qui je trouve une énergie militante belle et positive, un espace de réflexion et d'engagement efficace ainsi qu'un lieu de rencontre, d'individualités et de diversité de tous horizons.

À la suite de toutes ces expériences vécues en France, je me dois de remercier aussi Tunis. À tes grandes avenues bordées de flamboyants bleus en fleur sous le soleil du printemps, tes odeurs d'essence et le bruit de tes climatiseurs qui bourdonnent la nuit près des fenêtres ouvertes. C'est avec toi que tout a changé, que j'ai eu cette impression de passer d'un monde à l'autre. Aux soirées le long de l'avenue de la liberté, dans le vortex du numéro 94 ou au bar de l'hôtel Lafayette. Merci, sans faute, à Haïfa, Mohamed et Kamil, sans qui tout cela n'aurait pas eu la même saveur. Merci aussi à Hortense, Simon, Amine, et tout·es les autres qui sont passé·es plus ou moins furtivement dans cette tempête de rencontre que fut mon séjour de recherche à Tunis. Je tiens aussi à remercier spécialement Betty Rouland, qui m'a encadrée lors de mon stage à l'Institut de Recherche sur le Maghreb Contemporain au printemps 2019. Merci à toi Betty pour ton accueil, tes encouragements et ton soutien à mon projet que tes travaux ont largement inspiré. Un grand merci à l'équipe de l'IRMC, pour son accueil, institutionnel, mais aussi plus personnel. Merci à Oissila Saaidia et Katia Boissevin pour leur confiance. Merci à tout·es les autres de faire et maintenir ce lieu unique, Hayet, Monia, Marta, Amine, Jamie et Romain. Et à toutes les rencontres faites au hasard des rues et des soirées de la capitale, merci à Khalil, Rim, Osni, Alba et tout·es les autres.

Merci Sfax. Merci pour ces moments suspendus sur les toits du centre-ville, sous tes airs de décors de science-fiction au coucher du soleil, tes odeurs de couscous au poisson à la sortie de la mosquée le vendredi midi dans la médina et tes réveils mystiques aux accords dissonants des *muezzins* à 4h du matin. C'est le long de tes radiales que j'ai consciencieusement mené l'enquête dans les moindres recoins, appris à connaitre le quotidien des Tunisien·nes par-delà les clichés classistes et coloniaux, que j'y ai fait les meilleures rencontres et vécu les meilleures expériences. J'ai habité Sfax, son apparente banalité de ville du sud tunisien. J'ai apprécié ce que beaucoup ne perçoivent au premier abord que comme un amas de poussières désertiques recouvrant des toits plats, des déchets mal gérés et une ambiance maussade. Mais tu as tout à raconter derrière tes *tabias*, tes portails en fer et tes murs de pierre. Merci aux Sfaxien·nes rencontré·es pour leur accueil, leurs histoires et nos échanges. Mes remerciements particuliers vont, ici aussiau laboratoire SYFACTE de la faculté de lettres et de sciences humaines et sociales de Sfax. À Ali Bennasr pour son accueil, scientifique comme personnel, inconditionnel au sein du laboratoire. Merci à toute l'équipe du labo, Sami, Emna et Taher, cela va de soi, mais aussi Khawla, Sghaira, Hanane, Marwen et Wassim. Merci pour votre soutien, le partage de ressources et votre infinie connaissance sur Sfax et sa région. Merci aux ami·es et soutiens croisé·es çà et là, au détour des entretiens, des cafés et des déambulations aléatoires le long de la corniche ou de la plage du casino. Très grand merci à Oussema et Bakhta, Salma et Afedh, Ahmed, Samira, Yassine et l'équipe du *vélo chaffar*.

Ensuite, dans une perspective multisituée, j'aimerais remercier les collègues de l'équipe JEDI du Labex futur Urbain. Merci pour les temps d'échanges et de rencontre autour de nos sujets si nombreux et variés et dans des lieux super chouettes. Merci pour

les ateliers et le travail collectif autour de thématiques essentielles dans ce monde. Merci particulier à Mari, Claire et Marine, notamment pour votre travail de relecture dans la phase initiale de la rédaction du manuscrit. Merci à tout·es les autres !

Merci à toute l'équipe du programme Vilmouv, particulièrement à Camille Schmoll, qui m'a accueillie au sein de ce projet qui a été pour moi la meilleure expérience de recherche collective. Je sais le temps et l'énergie qu'elle a consacrés à ce que tout cela puisse se faire dans les meilleures conditions. Merci pour les rencontres permises, les découvertes et les échanges passionnants que j'y ai suivis. Merci aussi Thomas, Giovanni, Hassan et tout·es les autres.

Merci, aussi, à toute l'équipe de l'Université Libre de Menthonnex. Pour la singularité de ce moment et cet espace si précieux à chaque fin de printemps. J'aimerais pouvoir encore en être pour longtemps ! Merci particulier à Tante Foise, Magdeleine et Denys pour l'accueil aussi chaleureux que calorique chaque année. Merci à Myriam (de nouveau) et Renaud, de toute évidence, mais aussi Olivier, Marie, Emmanuelle, Marion, Kévin, Pauline, Héloïse, Mathys, Lancelot, Sophie, Arthur et Elise pour les pomos, les relectures, les *off* de l'université française et les repas tous plus incroyables les uns que les autres.

Après les remerciements aux collègues universitaires, je veux adresser une pensée à tout·es les collègues d'Eurobéton, de la SICO et de la mairie de Grenoble avec qui j'ai partagé, parfois pour quelques mois seulement, leur quotidien et qui m'ont accueilli sur leur chantier, leur ligne de prod' ou dans leur école, avec qui j'ai tant appris et qui m'ont encouragé dans la poursuite de mes études qui, aujourd'hui, m'éloignent un peu de leur monde. Merci à Ophélie, Yannick, Fikret, Ugur, Stéphane et Frédéric.

Également à tout·es celles et ceux qui traversent ces lieux et ces époques, de loin ou de moins loin, Benjamin, Oulyan, Sam, Priscilla, Marie, Jérem', Clément et leur famille. À toute l'équipe d'Ambroise Croizat, leur clic-clac et leur télé, le Chiquito et l'Atlas kebab. À Shasha, Maaz, Loïs, Emile, Mati, François, Catherine, Magali et Tony.

Pour terminer, un grand merci à ma famille, qui m'a toujours soutenue dans mes choix de vie les plus inattendus, toujours partagé avec moi la fierté des accomplissements, sans pression et avec enthousiasme. Merci à mes parents pour les années que vous avez passé sur les chantiers comme à l'école pour faire que tout se passe au mieux pour nous. Merci pour votre soutien sans faille et votre solidarité.

Un grand merci, spécial, à Florence pour la relecture professionnelle finale de ce manuscrit.

Enfin, merci à Jessica, pour tout, pour ces galères qu'on a traversées ensemble, les belles expériences, ainsi que tout le bonheur de les avoir partagées avec toi et, je l'espère, encore pour longtemps.

Avant-propos

Aucun choix d'écriture n'est neutre : ils traduisent des positionnements scientifiques, éthiques et politiques qu'il importe d'assumer. Je reviens ici sur trois décisions qui orientent la lecture de ce manuscrit, en en précisant les fondements et les implications.

Premièrement, j'ai fait le choix d'écrire à la première personne du singulier. Si une distance analytique demeure nécessaire, la production et la restitution d'une enquête qualitative se prêtent mal à la neutralisation du propos qu'implique l'usage du « nous ». Le « je » permet à la fois de lever des ambiguïtés, notamment lorsque des récits et expériences de terrain, parfois collectifs, sont mobilisés, et d'assigner clairement la responsabilité des analyses à leur auteur.

Deuxièmement, j'adopte une écriture inclusive, dans une forme sobre recourant au point médian simple, afin de rendre compte de la diversité des genres impliquée dans la rédaction et dans l'enquête. Le ou la lecteur·ice rencontrera toutefois des occurrences rédigées au masculin dit « neutre » : lorsqu'elles apparaissent, c'est pour souligner l'hégémonie masculine du champ considéré. De plus, et par cohérence, le concept d'« agent », présenté au premier chapitre, est maintenu au masculin neutre pour refléter sa dimension non individuelle, telle que présentée par Pierre Bourdieu, comme une abstraction de positions sociales.

Enfin, j'emploie ponctuellement des termes en arabe tunisien. Leur nombre restreint et leur transmission majoritairement orale m'ont conduit à les translittérer en « franco-arabe » (ou « arabizi »), afin d'en faciliter la lecture. Cet alphabet contemporain, courant dans les usages numériques et en voie d'institutionnalisation (Bianchi 2012), a également été celui de mes échanges écrits avec certain·es interlocuteur·ices lorsque nous n'utilisions pas le français. Le principe de cette translittération est simple : substituer aux graphèmes arabes absents de l'alphabet latin des chiffres et signes d'accentuation : des « arithmographèmes » (Yaghan 2008). Ces choix visent à rendre ces mots aisément lisibles pour des lecteur·ices non arabophones, tout en restant familiers à celles et ceux qui lisent couramment le français et l'arabe tunisien.

Cette thèse a été financée par une allocation doctorale de recherche de l'Université Grenoble Alpes et en partie par l'Initiative d'excellence UGA.

Lorsque les propos des personnes enquêtées sont restitués dans ce manuscrit, leur nom est anonymisé par l'usage d'un prénom de substitution tenant compte de la fréquence de son usage à la date de naissance de la personne.

Liste des sigles et acronymes

AFH	Agence foncière de l'habitat
APC	Activité privée complémentaire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CI	Centre intermédiaire
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CNOPT	Conseil national de l'Ordre des pharmaciens en Tunisie
CNSS	Caisse nationale de sécurité sociale
COS	Coefficient d'occupation des sols
CROM	Conseil régional de l'Ordre des médecins
CSB	Centre de santé de base
CSCP	Chambre syndicale des cliniques privées
CUF	Coefficient d'utilisation foncière
DPM	Direction de la pharmacie et du médicament
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRS	Direction régionale de la Santé
EPS	Établissement public de santé
FMI	Fonds monétaire international
FMS	Faculté de médecine de Sfax
HR	Hôpital régional
INS	Institut national des statistiques
IRMC	Institut de recherche sur le Maghreb contemporain
IUGA	Institut d'urbanisme et de géographie alpine
MSP	Ministère de la Santé publique
MTA	Méthode par théorisation ancrée
PIF	Périmètre d'intervention foncière
PMA	Procréation médicalement assistée
PPP	Partenariat public-privé
RGP	Recensement général de la population
SASEJ	Société d'aménagement de Sfax El Jadida
SNIT	Société nationale immobilière de Tunisie
STML	Syndicat tunisien des médecins libéraux
TOM	Tableau de l'Ordre des médecins
UGTT	Union générale tunisienne du travail
UTICA	Union tunisienne de l'industrie, du commerce et de l'artisanat

Glossaire

3assa	Gardien de parking dont la pratique est généralement informelle
Arwika	Centre commercial
Borj	Habitat traditionnel de la périphérie sfaxienne conçue comme une unité d'habitation protégée et intergénérationnelle
Bouras	Parcelle typique du paysage sfaxien périurbain cultivé à des fins d'autoproduction agricole et marchande
Dar	Habitation citadine située dans la médina
Fellahs	Paysan·nes sédentaires
Habous	Institutions foncières issues du droit musulman
Jnen	Parcelle typique du paysage sfaxien périurbain cultivée à des fins d'ornementation, de protection et d'autoproduction, généralement occupée en son centre par un *borj*
Imada	Secteur, division administrative du territoire tunisien
Kassas	Voie d'intercirculation entre les principales routes radiales de Sfax
Merkez	Centralité marchande et culturelle du tissu urbain périphérique sfaxien
Muetamidia	Délégation, division administrative du territoire tunisien
Rbat	Littéralement « faubourg », ce terme désigne les quartiers d'habitats populaires autoconstruits en périphérie des anciennes médinas.
Samsar	Entremetteur ou intermédiaire dont la pratique est généralement informelle
Souk	Marché
Zenkat	Ruelles de desserte fine du tissu périphérique sfaxien

Sommaire

Remerciements 5

Avant-propos 9

Liste des sigles et acronymes 11

Glossaire 13

Sommaire 15

Introduction générale 17

Chapitre 1 – ville et marchandisation des soins : spatialité et conceptualisation du capitalisme médical 25

Chapitre 2 – De l'olivier au bistouri : la fabrique de l'espace capitaliste sfaxien 59

Chapitre 3 – Production, transformation et position : une enquête par théorisation ancrée 115

Chapitre 4 – De la mise en ordre du champ à son articulation économique : la structuration de l'espace médico-capitaliste 157

Chapitre 5 – De l'ordre centralisé à la ville standardisée : la production urbaine saisie par le capitalisme médical 219

Chapitre 6 – Du soin au sol : appropriation et circulation du capital médical 261

Conclusion générale 317

Annexes méthodologiques 329

Table des figures et tableaux 333

Bibliographie 339

Table des matières 355

Introduction générale

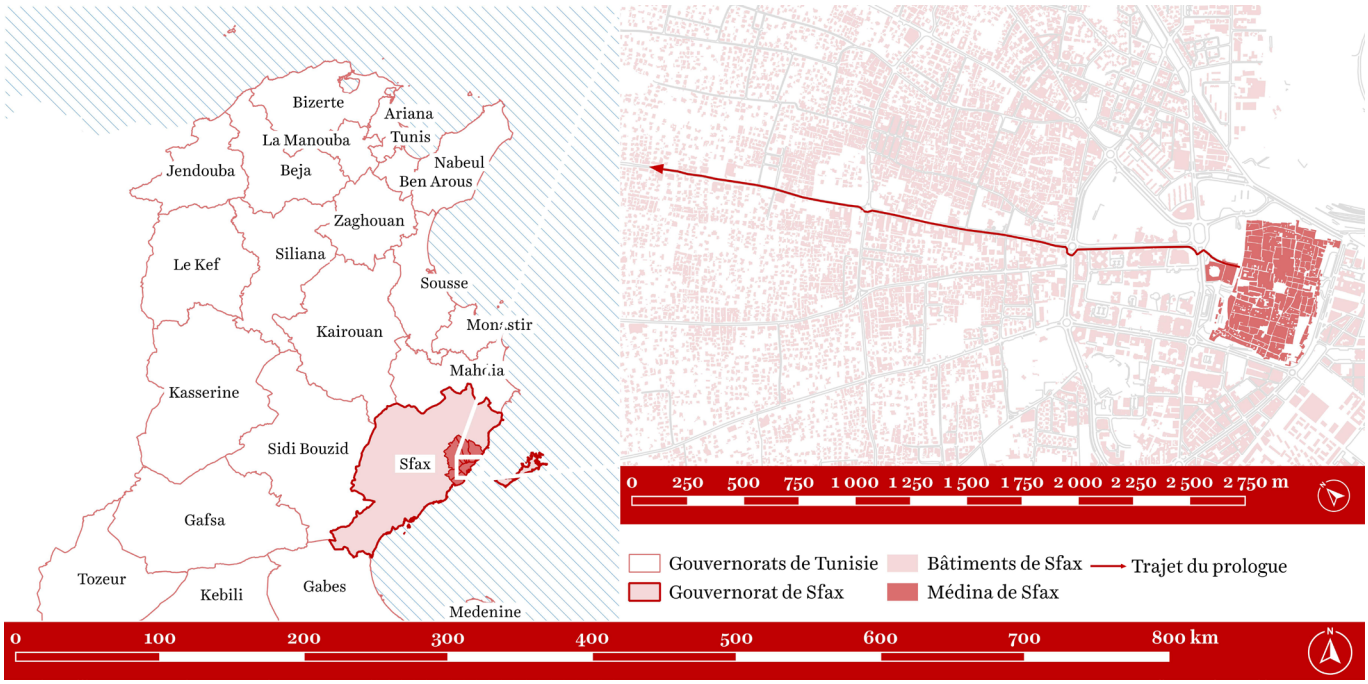


Figure 1 – Carte de situation de Sfax et du trajet du prologue. Réalisation : Théo Maurette 2025.



Figure 2 – Les grues et façades sud du quartier de Sfax El Jadida, prises depuis le marché de la porte de Beb Jebli à Sfax en novembre 2018. Crédit David Rochas

Prologue

En descendant l'escalier de pierre de Beb Jebli, nous apercevons, au loin, des toitures aux géométries régulières, rondes, ovoïdes, revêtues de matériaux réfléchissants et clinquants, qui tranchent avec les couleurs mates et défraîchies de l'assemblage de pierres, de mortier, de béton et de tôles oxydées de la vieille médina. À quelques dizaines de pas d'un boulevard-fleuve que l'on franchit d'un pas mal assuré, le contraste d'époques et d'ambiance urbaine est total. Après le tumulte commerçant et artisanal, la ville moderne où l'on pénètre affiche une rigidité apparente, aussitôt mise à mal par les usages, les détournements, les débordements.

Nous débouchons sur un trottoir à bordure rouge et blanc, rappel d'une hypothétique interdiction de stationner. La ligne de désir, tracée dans le terre-plein central, bute sur une rangée de potelets et une chaîne de fonte ; il faut l'enjamber péniblement, puis consentir un détour de quelques dizaines de mètres. Ici, un taxi dépose deux personnes qui s'empressent de rejoindre la forêt d'immeubles. Tandis que nous longeons la palissade de tôle ondulée qui masque timidement un chantier à l'arrêt, la perspective de l'avenue de Carthage se déplie, puis, dans son prolongement, la route de Gremda. Sur les accotements flous de la deux fois deux voies se déploie un système de stationnement à deux niveaux. Sa gestion complexe relève d'une micro-coordination ingénieuse : un jeune homme en gilet fluorescent traverse d'un pas assuré d'un côté à l'autre de la route, au milieu de la circulation congestionnée.

Sur le parking, les voitures, alignées dans le sens de la circulation, gardent presque toutes des passagers à leur bord. On discute aux fenêtres, on s'échange des signes de la main et des produits. Très vite, notre attention est happée par le contraste entre les petites citadines européennes, colorées, et les grandes berlines asiatiques, blanches, noires ou marron, aux plaques d'immatriculation libyennes. Plus loin, un groupe d'hommes s'affaire autour de l'une de ces Hyundai. L'une des passagères assiste un vieil homme, canne à la main, pour descendre. Sous son bras droit, il tient fermement une grande pochette blanche frappée du caducée vert. Le conducteur s'approche de l'un des jeunes hommes en gilet fluorescent. Quelques mots, une poignée de main, et les deux assistants du parking se portent au chevet du vieil homme. Ils l'aident à franchir le trottoir, puis la haute marche de la coursive. L'alignement des poteaux couvre le retrait du rez-de-chaussée, qui offre un ombrage bienvenu aux devantures des boutiques. Sur les façades de verre et de ciment décoratif, des enseignes appellent à consommer : plomberie, téléphonie mobile, écoles privées de langues ou de business. Plus haut, leur lumière crue découpe de grands panneaux verts et rouges : pharmacies, laboratoires d'analyses. À côté, des précisions techniques, scanner, IRM, parapharmacie, matériel orthopédique ou opticien en détaillent l'offre.

Au pied d'un des immenses poteaux soutenant l'immeuble d'une dizaine de niveaux, carrelés d'ocre, des hommes patientent. Les assistants improvisés du vieil homme les saluent et le petit groupe s'engouffre sous le porche. Femmes et enfants restent dans la

voiture, la climatisation bourdonnant au rythme de la frénésie qui règne sur l'avenue. Deux panneaux de marbre « Bloc A » et « Bloc B » dominent l'entrée. Sous leur bandeau, une quarantaine de plaques professionnelles déroulent l'index des cabinets, dans leur très grande majorité dédiés aux médecins. Bilingues arabe et français, ces plaques laissent peu de place à quelques architectes, comptables ou avocats. Tout autour, des affichettes, écrites sobrement en Calibri, proposent en arabe des services et des locations ; les numéros de téléphone, en gras, y sont mis en avant.

Pendant près de cinq cents mètres, nous parcourons les coursives au gré de changements abrupts de niveau. À chaque entrée, le même schéma, plus ou moins sobre, plus ou moins lisible, met en avant les services de soins. La profusion d'informations est vertigineuse. Enseignes, lumières, gestes d'invitation adressés aux Hyundai libyennes, abondance de produits et de prestations : le spectacle publicitaire emporte la pensée. Mais ici, c'est le corps qui est en jeu ; la promesse de richesse passe par des visages souriants, des peaux blanches, des détails corporels, encadrés par une architecture verticalisée, tournée vers le ciel, ornée jusqu'à l'excès.

Au grand rond-point qui clôt l'avenue de Carthage, un policier régule la circulation. Son geste nous ouvre un passage à travers le flux incessant de taxis, motos, voitures, camions et ambulances, qui défilent dans toutes les directions, ponctué de coups de klaxon. De l'autre côté, l'ambiance bascule. Jusqu'ici l'expérience piétonne restait envisageable. Sur la route de Gremda, le flux rectiligne et l'absence régulière de trottoir rendent la progression pénible. Un camion lourd nous dépasse, puis son grondement est couvert par une sirène. Une ambulance file à contresens pour éviter l'asphyxie du carrefour en amont. Après quelques centaines de mètres à slalomer péniblement parmi le trafic, elle vire brusquement à droite dans une contre-allée plantée d'oliviers taillés, qui signale le retrait d'un bâtiment imposant, à l'architecture très contemporaine, tranchant avec la succession d'entrepôts et d'ateliers qui bordent la route.

Le bâtiment arbore des tons vifs de bleu et de blanc qui évoquent aussitôt sa destination médicale. Sa façade de verre, portée par des colonnes gainées d'aluminium brossé, reflète l'intense circulation de l'avenue. Un parking paysagé entoure l'entrée, monumentale. Des agents en uniforme gris s'affairent à dégager la voie et à placer l'ambulance. L'un d'eux surveille les manœuvres depuis une guérite, de l'autre côté de la route. En bois, peinte aux couleurs de la clinique, la petite guérite s'adosse à un mur de pierre et de brique, d'un autre âge. Derrière ce mur, envahi de cactus et s'effondrant par endroits, s'ouvre un vaste terrain à l'abandon. Au centre trône une grande bâtisse monolithique. À l'entrée du terrain, un panneau publicitaire annonce la construction prochaine d'un immeuble de haut standing, destiné à accueillir commerces, résidences, et médecins…

Les détails mis en avant dans ce récit introductif n'ont rien d'anecdotique : on découvre à Sfax un ordre, des hiérarchies, des inégalités et des exclusions à l'image d'un roman de William Gibson, qui aurait pu imaginer le cadre esthétique, la capitalisation de la médecine et les complexes relations sociales qui en découlent. D'abord, la densité et la concentration des activités médicales et de leur patientèle au centre-ville et le long de la radiale, selon des modalités propres, donnent à voir l'importance de l'activité médicale dans la ville, sa visibilité et le nombre de ses agents. Ensuite, au-delà des médecins et de leurs auxiliaires institutionnels, se déploie une économie informelle de l'orientation, du conseil et de l'hébergement des patient·es : la diversité des agents et des interactions indique l'existence de circuits d'intermédiation où se négocient l'accès et la captation de la valeur des soins, au croisement d'arrangements immobiliers et médicaux. Enfin, la santé s'ancre dans une entreprise de long terme de renouvellement de la ville sur elle-même : reconversions de bâtiments, spécialisation, redéfinition des espaces publics, semi-publics et privés et architecture redessinent les centralités par un urbanisme de la privatisation. Ce sont ces premières intuitions, qui m'ont très tôt été données à voir, que cette thèse entreprend de démêler.

Genèse du projet de recherche

Ce prologue en forme de récit semi-fictionnel résume les premières expériences vécues à Sfax lors de notre rencontre, collective[1], avec ce terrain si particulier qui a guidé les 7 années de cette enquête. En novembre 2018, dans le cadre de l'atelier international du Master « Urbanisme et coopération internationale » de l'Institut d'urbanisme et de géographie alpine, nous découvrions, sous l'impulsion d'une commande publique négociée entre la Chambre de commerce et d'industrie de Grenoble, la Métropole de Grenoble et la faculté de médecine, les préoccupations partagées de part et d'autre de la Méditerranée au sujet d'un hypothétique « cluster de technologies médicales » qui s'y développerait, guidant l'urbanisation d'un nouveau quartier planifié en périphérie de la ville.

La découverte du terrain, par cette longue marche en forme de transect urbain depuis le centre vers la périphérie de Gremda, a orienté notre intérêt dans une tout autre direction. La concentration d'activités médicales, la présence très visible des voitures immatriculées en Libye et de leur passager·es sillonnant la ville leurs pochettes médicales sous le bras, nous avaient laissés avec l'impression que ce qui se jouait d'un point de vue médical à Sfax relevait bien plus de cette activité frénétique et intense autour des cliniques et des cabinets, que d'une obscure structure institutionnelle en forme de cluster dont l'existence nous paraissait alors peu évidente. De l'aveu même des premières

[1] Ce premier groupe de travail était constitué de Laury Roux, Firdaws Villarosa, Émilien Berger, Quentin Champauzac, Léo-Paul Lambert-Emery, Cédric Billoud et Yasmina Dankambary que je remercie de nouveau grandement pour ces premiers instants partagés à Sfax.

personnes rencontrées alors (des médecins, en grande partie), à Sfax, le sujet, ce sont les Lybien·nes et leur santé.

Ce qui apparaissait alors, c'est ce que Betty Rouland, Mounir Jarraya et Sébastien Fleuret (2016) avaient auparavant décrit en appui du travail de Marc Lautier (2013) conduit quelques années plus tôt : le développement du créneau du tourisme médical, alimenté par cette présence libyenne et des investissements nouveaux dans des infrastructures prévues pour les accueillir. Très tôt nous avions remarqué la grande informalité qui structure le secteur et sa critique par les médecins et leur entourage proche. Nous avions également perçu le contraste important que donnait à voir cette économie entre les immeubles du centre, surchargés de plaques médicales, et les cliniques privées de la périphérie, grands hôtels de béton et de verre semblant avoir fait place nette du tumulte de l'avenue autour d'elles dans un rayon de quelques dizaines de mètres. Enfin, ce qui nous avait frappés probablement le plus était la profusion d'investissements immobiliers adjacents à ces infrastructures médicales, dont la qualité et la publicité laissaient supposer une entreprise capitaliste d'investissement.

Lire Sfax par la médecine

L'étude de Sfax invite à dépasser la catégorie, souvent marketing, de « tourisme médical » pour la resituer dans une histoire géographique longue où les mobilités de santé s'articulent à des problématiques régionales anciennes et structurantes au-delà des prospectives économiques. Les travaux de John Connell (2016) le montrent : il s'agit là non pas de situer ces économies du soin dans un contexte global abstrait mais bien d'en « réduire l'échelle ». Audrey Bochaton (2015) et Meghan Ormond (2013) ont également montré que la plupart de ces déplacements sont régionaux, transfrontaliers et routiniers, bien loin des images globalisées de séjours hospitaliers de luxe. Au sein de ces régimes se déploie surtout l'importance des réseaux d'intermédiations, qui tissent des économies ordinaires de la mobilité transnationale et urbaine en relation avec une grande diversité d'agents. Rapportée à Sfax, cette littérature permet d'entrée de jeu de questionner les flux libyens non comme un désir de tourisme, mais comme le résultat d'une organisation particulière de la production des soins, guidée par une logique capitaliste.

La santé ne peut s'analyser comme objet géographique sans la replacer dans l'histoire longue de la production territoriale et du capitalisme. Des politiques hygiénistes du 19e siècle décrites par Michel Foucault (1979) jusqu'aux plus récentes politiques sanitaire de gestion des pandémies, les infrastructures, professions et parcours de soins ont soutenu la reproduction de la force de travail, orienté des flux de capitaux et valorisé des espaces. À Sfax, ville industrielle et postcoloniale, cette imbrication se lit dans la formation de centralités de soins et par les investissements massifs que le secteur semble y réaliser. Ainsi, santé, capitalisme et territoire forment un triptyque indissociable : la médecine n'est pas seulement une filière, elle est une modalité de

production de l'espace. Cela pose la question, à l'échelle de la ville, d'une forme de « capitalisme médical » territorialisé, en miroir des analyses de la production capitaliste de l'espace développées depuis près de deux siècles en économie et en géographie.

En effet, dans les rapports de production contemporains, marqués par le néolibéralisme, la médecine se pose comme un prisme intéressant pour lire plus généralement la structure sociale et spatiale de l'économie : il s'agit d'une filière issue de l'impérialisme européen, historiquement très structurée et hiérarchisée, à l'interface avec d'autres filières qui en ont permis le remaniement par la marchandisation et le tournant managérial à partir des années 1980. En tant que filière organisée sous forme de spécialités, elle organise des chaînes de valeur et donne à voir des positions sociales et spatiales qui se distinguent. Lire Sfax par la médecine permet ainsi de montrer comment un secteur, reconfiguré par le néolibéralisme, fabrique le territoire en orientant ses formes et ses usages, en y imposant ses centralités et en articulant les marchés du soin et les marchés de l'urbain.

Dans ce contexte, il s'agit donc de considérer la médecine comme un opérateur d'accumulation capitaliste et un moteur de reproduction territoriale des dominations. La filière médicale renouvelle les ressources historiques et collectives du territoire tout en s'inscrivant dans ses modalités économiques et politiques à la fois anciennes et contemporaines. S'y ajoute un registre particulier de légitimation : la cause médicale, tenue pour noble et juste, pose la question des frontières éthiques et symboliques de l'appropriation capitaliste du territoire. À Sfax, l'analyse des investissements privés et des récits qui les légitiment devra mettre au jour à la fois les continuités historiques et les inflexions néolibérales des principes de la domination territoriale.

Problématique et plan de la thèse

Cette thèse soutient dès lors que la médecine privée exerce un contrôle sur la ville, renouvelant les ressources historiques dont dispose la bourgeoisie tout en s'appuyant sur les ressources collectives rendues disponibles par un État autoritaire et néolibéral. Partant des scènes décrites dans le prologue, le propos interroge la manière dont, dans une ville industrielle et postcoloniale comme Sfax, la médecine privée contribue à reproduire et à reconfigurer des structures spatiales et sociales du capitalisme. Comment des activités de soins, des investissements immobiliers, des pratiques ordinaires et les récits qui les soutiennent s'agrègent-ils pour organiser la ville, y perpétuer l'ordre et orienter les mobilités des personnes comme des capitaux ? En un mot : comment cet agencement se met-il en place, se maintient-il et s'étend-il dans un territoire aussi ordinaire que celui de Sfax ?

Pour répondre à ces interrogations, le manuscrit procède en quatre temps : il établit d'abord un cadre conceptuel pour nommer et situer l'objet « capitalisme médical » dans la production territoriale, pour le replacer ensuite l'analyse dans l'histoire urbaine

de Sfax. Est ensuite présenté le dispositif d'enquête (terrain, matériaux, démarche) qui outille l'analyse, puis sont déroulés les résultats avant d'en proposer une montée en généralité conclusive.

Le chapitre 1 conceptualise le capitalisme médical en le distinguant du capitalisme sanitaire, en l'inscrivant dans une lecture en champ social et en le territorialisant ; le chapitre 2 retrace la généalogie urbaine du capital sfaxien et les circuits d'accumulation qui ont préparé l'essor de la médecine capitaliste ; le chapitre 3 explicite le processus de production et de transformation des données à partir de la méthode par théorisation ancrée ; le chapitre 4 analyse la structuration du champ médico-capitaliste et les intermédiations qui organisent l'accès, la légitimité et la captation de la valeur ; le chapitre 5 décrit la fabrique urbaine subséquente à ce système et les produits immobiliers qu'elle génère ; enfin le chapitre 6 met en regard la manière dont la médecine capitaliste s'approprie les espaces, en redéfinit les usages et perceptions et s'étend pardelà les frontières urbaines.

Chapitre 1 – Ville et marchandisation des soins : spatialité et conceptualisation du capitalisme médical

À Sfax, les dynamiques contemporaines de production, de circulation et d'appropriation du soin prennent une intensité particulière. En quelques décennies, la seconde ville de la Tunisie est devenue un carrefour régional du capitalisme médical : développement rapide du secteur privé, multiplication des cliniques et cabinets, émergence de nouveaux acteurs, stratégies de captation de patientèles transnationales. Ces transformations donnent à voir, de manière condensée, certaines tendances globales du capitalisme sanitaire et du capitalisme urbain. Ce premier chapitre propose de construire les outils d'analyse nécessaires à la lecture des phénomènes décrits en introduction, en posant les bases d'un cadre théorique articulé entre plusieurs ancrages disciplinaires. Il s'agit d'abord de cerner ce que recouvre la notion de « capitalisme médical », en croisant plusieurs approches issues de l'histoire des sciences, de l'économie politique et de la géographie sociale. En retraçant les recompositions néolibérales des systèmes de santé, la structuration inégalitaire du champ médical, mais aussi les logiques spatiales d'accumulation et d'urbanisation du capital, le chapitre cherche à construire une lecture située du capitalisme médical comme phénomène à la fois économique, social et territorial. Ce travail théorique prépare ainsi l'analyse empirique des chapitres suivants, en mettant à l'épreuve une grille de lecture critique dans un contexte postcolonial et intermédiaire, ni métropolitain ni marginal, mais profondément inscrit dans les reconfigurations contemporaines du capitalisme global.

A – La construction du capitalisme médical

Cette première section vise à définir l'objet de la thèse en circonscrivant conceptuellement et empiriquement les phénomènes observés à Sfax, lesquels peuvent être analysés sous l'angle du capitalisme médical. Il s'agit d'un mode d'organisation des soins fondé sur la concentration du capital dans des structures productives qui articulent propriété privée des moyens de production, hiérarchisation du travail soignant et recherche de rentabilité. Cette configuration ne peut être comprise sans la resituer dans la dynamique historique plus large de marchandisation de la santé dans les sociétés industrielles capitalistes du nord global. Elle repose sur des fondements marxistes classiques (propriété, profit, subordination salariale), mais se distingue aussi par l'exercice d'un pouvoir de marché structurant, où une minorité de détenteur·ices du capital oriente l'offre de soins. Comprendre les agencements spécifiques qui se manifestent à travers le capitalisme médical nécessite d'abord d'en restituer les conditions historiques d'émergence et les logiques de structuration. Cette première section répond ainsi aux trois objectifs suivants : d'abord, elle réinscrit les soins dans les rapports de production capitalistes afin de comprendre leur transformation historique et leur rôle dans les processus d'accumulation capitaliste ; ensuite, elle situe cette dynamique dans la temporalité contemporaine du néolibéralisme, en précisant notamment les reconfigurations actuelles du secteur de la santé qui permettent l'émergence du capitalisme sanitaire ; enfin, elle définit la notion de capitalisme médical comme un champ d'études à l'interface entre la sociologie des professions et la géographie critique.

1 – La santé comme construction politique, économique et urbaine des sociétés modernes

La genèse des institutions médicales modernes est intrinsèquement liée au développement des sociétés disciplinaires, concept élaboré par Michel Foucault. Dans *Surveiller et punir* (1975), Foucault met en évidence l'émergence concomitante, au 18e siècle, d'une société industrielle capitaliste et d'une forme de société disciplinaire. Cette dernière se caractérise par une modalité spécifique de pouvoir visant à produire des corps utiles et dociles à travers un agencement institutionnel de l'espace et une gestion des populations par l'imposition de normes. Cette rationalité disciplinaire repose sur ce que Michel Foucault désigne comme des technologies du pouvoir, lesquelles, par le biais de dispositifs, d'institutions et de normes, sont aptes à transformer l'individu en sujet gouvernable. Appliquée au domaine sanitaire, cette rationalité se manifeste par le déploiement de dispositifs hygiénistes, hospitaliers et statistiques, conçus pour maximiser l'efficacité biologique des individus et réduire les risques collectifs. Le soin devient, dans le cadre des sociétés disciplinaires, à la fois un objet et un instrument de gouvernement : il constitue un moyen de préserver la vie tout en agissant comme un vecteur de contrôle social, articulé aux exigences émergentes de l'économie industrielle.

Dans cette perspective, la santé n'est pas uniquement une fin en soi, mais représente un enjeu de productivité et de rendement. La mobilisation des savoirs médicaux et statistiques, l'organisation spatiale de l'hôpital, ainsi que la diffusion des normes hygiénistes au sein de l'espace urbain concourent à une mise en ordre des corps et des comportements, au service de la constitution d'une main-d'œuvre saine, stable et performante. La connexion entre santé et mode de production s'établit ici de manière structurelle : la biopolitique foucaldienne, en tant que « pratique du gouvernement de la vie » (Foucault 1979), préfigure les conditions de possibilité d'un capitalisme industriel nécessitant l'optimisation de ses forces productives, lesquelles sont essentiellement constituées par la main-d'œuvre humaine.

Cette analyse foucaldienne du pouvoir, à travers la biopolitique, révèle une dimension spatiale indissociable de sa dimension sociale. La géographie offre la possibilité de prolonger cette lecture du pouvoir disciplinaire en soulignant la manière dont la ville industrielle devient le terrain privilégié de l'organisation rationnelle des flux, des corps et des risques associés à leur croissance exponentielle. Le déploiement des institutions sanitaires, qui ne se limitent pas à l'hôpital, s'ancre dans des infrastructures urbaines qui contribuent activement à la production de l'ordre social. À cet égard, Giorgio Talocci *et al.* (2022) démontrent comment la volonté de contrôler les territoires urbains et leurs populations s'est étroitement liée aux préoccupations de santé publique, expliquant que les discours sur la nécessité d'isoler les environnements urbains perçus comme insalubres ont entraîné des conséquences directes sur la manière dont les villes sont planifiées et gérées. L'hygiénisme a constitué le cadre directeur d'un nouvel urbanisme, fondé sur une rationalité propre à cette époque et ses intérêts. Il visait spécifiquement la reconfiguration des espaces urbains pour circonscrire les maladies, contrôler les populations perçues comme dangereuses, et garantir une productivité maximale des individus. Ainsi, si les épidémies ont servi de principal levier de légitimation pour cette politique, les interventions concrètes (l'établissement de réseaux d'eau potable et d'égouts, les campagnes de désinfection, l'implantation d'hôpitaux et de dispensaires et la démolition des « taudis ») s'inscrivaient dans une logique d'aménagement et d'exclusion visant à reconfigurer l'espace urbain et à contrôler rigoureusement les populations, incarnant l'hygiénisme comme un puissant principe d'éviction et de planification urbaine (Rabinow 1995). Dans ce contexte, les villes coloniales ont largement servi de terrain d'expérimentation pour ces politiques, comme le soulignent Catherine Coquery-Vidrovitch et Hélène d'Almeida-Topor (1996) au sujet des « villes européennes » s'étant répandues dans le monde à partir du 15^{e} siècle.

En parallèle de cette médicalisation de l'espace urbain et social, le corps sain devient une condition structurelle de la production industrielle. Toujours chez Michel Foucault (1978; 1975), on trouve une lecture des sociétés capitalistes en cours d'industrialisation dans lesquelles la gestion de la santé dépasse la prévention des maladies pour s'inscrire dans une logique de productivité généralisée. Alors que le niveau de

technicité des appareils de production s'accroît rapidement au 19e siècle, la fabrique d'une main-d'œuvre apte, normée, et résistante va progressivement constituer l'un des piliers de l'accumulation du capital, après avoir considéré les corps ouvriers comme remplaçables. Les institutions hygiénistes, en lien avec les politiques de santé publique, participent ainsi à la rationalisation du travail en réduisant l'absentéisme, en allongeant la durée de vie, et en diffusant des normes de conduite favorables à l'efficacité économique. Cette articulation entre santé et travail contribue à définir la fonction même de l'État social : les dispositifs sanitaires ne relèvent pas uniquement d'une logique de protection, mais deviennent des leviers de performance collective. En ce sens, la santé publique peut être analysée comme une infrastructure du capitalisme industriel, au même titre que les chemins de fer ou les réseaux d'énergie, contribuant à la croissance et au maintien du mode de production.

C'est aussi dans ce contexte que s'est structurée la profession libérale médicale. En France, celle-ci s'organise progressivement à partir du 19e siècle sous diverses formes (des sociétés médicales jusqu'au Conseil national de l'ordre des médecins) qui sont dotées d'une forte autonomie (Pouillard 2005), cette profession acquiert progressivement le monopole de la prestation de soins. Cette autorégulation, d'abord présentée comme garante de la qualité et de l'éthique des soins, permet également de consolider l'hégémonie du corps médical en matière de santé. Plus encore, elle renforce sa légitimité dans les sphères de pouvoir et étend son influence à d'autres domaines sociaux, préfigurant ainsi la centralité de la santé dans l'économie et la politique des États modernes. Le corps médical devient ainsi une partie intégrante de ce développement, non seulement en assurant la maintenance de la force de travail, mais aussi en participant activement à la définition des normes de santé et de productivité requises par le système industriel.

Ce cadrage historique de la santé comme instrument disciplinaire au service du capitalisme industriel permet de saisir la manière dont la gestion des corps et des populations s'est progressivement imbriquée dans les logiques de gouvernement modernes, qui ont intégré à leur tour les principes du libre marché. À partir de la fin des années 1970, cette configuration connaît une transformation profonde. Sous l'effet conjugué de la crise du compromis fordiste et de l'émergence de nouvelles rationalités néolibérales, le pouvoir sur la santé ne s'exerce plus seulement par l'intermédiaire de l'État. Le marché devient un acteur central, voire dominant. Pour le cas de la médecine, Vincent Barras (2014), lisant Michel Foucault, y voit « une médecine privée, "libérale", sollicitée par l'initiative individuelle, et soumise aux mécanismes de l'offre et de la demande », et d'autre part « une gestion de la médecine décidée par les autorités, appuyée sur un appareil administratif, encadrée par des structures législatives strictes, et s'adressant à la collectivité tout entière ».

2 – La marchandisation des soins ou l'émergence du capitalisme sanitaire comme corollaire du néolibéralisme

Le basculement analysé par Foucault, d'une société disciplinaire fondée sur l'enfermement et l'imposition des normes vers une forme plus diffuse de gouvernementalité libérale, constitue un tournant majeur dans la manière de concevoir le rapport entre santé, pouvoir et capitalisme entre le 19e et le 20e siècle. Ce tournant est prolongé par des penseurs qui, à la suite de Michel Foucault, ont identifié une mutation des formes de pouvoir, passant d'une société disciplinaire à une société de contrôle. Ce terme, introduit notamment par Gilles Deleuze (1990), décrit cette transition où les mécanismes d'enfermement, dont la médecine était un acteur clé, sont remplacés par des contrôles plus diffus dans la société, exercés au travers d'institutions intermédiaires et de dispositifs de surveillance sociale indirects. Cette mutation trouve son point d'orgue avec la fin du compromis fordiste et l'émergence du néolibéralisme comme régime d'accumulation. Michel Foucault en retrace également les fondements intellectuels dans sa généalogie du concept de biopolitique (1979) qui préside au néolibéralisme, tracé lui par des auteur·ices tel·les que Friedrich Hayek (1948) et Milton Friedman (1951). Ces auteurs ont prôné une forme de gouvernementalité rationnelle où la concurrence et la dérégulation sont érigées en principes organisateurs non seulement de l'économie, mais aussi de la société elle-même.

Cette transformation est analysée en géographie critique par des auteurs qui mettent en lumière les recompositions spatiales induites par le néolibéralisme. Marianne Morange et Sylvie Fol (2014), par exemple, ont exploré la manière dont ces politiques redéfinissent l'espace, y compris celui de la santé publique, en un terrain d'expérimentation et de restructuration qui se traduit par une mise en concurrence des territoires et des services, la redéfinition des services publics comme biens optimisables et ouverts à la concurrence et l'émergence de nouvelles formes de gouvernance urbaine privilégiant les logiques entrepreneuriales et les partenariats public-privé. En matière de santé, Jérémy Robert (2014) a démontré, à travers son étude sur Lima, comment la néolibéralisation urbaine produit des inégalités d'accès aux soins, soulignant la continuité et la nouveauté de ces processus dans la production des inégalités socio-spatiales. Les ressources collectives, qui ont d'abord été étatisées au nom de la solidarité sociale jusqu'au milieu du 20e siècle, sont ainsi progressivement requalifiées en « services » ajustables, solvables et ouverts à la concurrence, en particulier à partir des années 1980 dans les pays du Nord. Ce processus, global, Philippe Batifoulier et Nicolas Da Silva (2022) le qualifient de capitalisme sanitaire. Il illustre comment l'État social, loin de s'effacer, se reconvertit en agent actif de la marchandisation du soin.

Partant de ces constats, Philippe Batifoulier et Nicolas Da Silva proposent de définir le capitalisme sanitaire à partir de trois dimensions. En premier lieu, il constitue

un régime de financiarisation de la santé, qui devient une source de valorisation marchande par l'émergence d'un secteur économique spécifique, notamment soutenu par l'industrie pharmaceutique, que les auteurs qualifient « d'archétypale » (*Ibid.*, p. 3) dans ses rapports aux brevets et aux marchés financiers. Mais ils montrent que la financiarisation touche tous les domaines relatifs à la santé, y compris les assurances, les hôpitaux lucratifs ou les établissements pour personnes âgées. Ensuite, ils considèrent le capitalisme sanitaire comme un nouveau stade du capitalisme, où la santé, à l'instar de l'éducation ou de la culture, devient un vecteur central de reproduction du capital à travers le travail humain. Il ne s'agit plus simplement d'étendre la logique marchande à un secteur préexistant, mais bien d'une reconfiguration du capitalisme autour de la production et de la gestion de l'humain. Ce processus s'opère par l'intermédiaire de dispositifs sanitaires, sociaux et éducatifs, dans une logique qui prolonge les analyses de Michel Foucault sur le biopouvoir. Enfin, il s'agit d'un projet politique, porteur d'une vision normative de la santé : celle-ci est de plus en plus conçue comme un enjeu individuel de responsabilisation, dans lequel les patient·es deviennent un entrepreneur·euse d'elles et eux-mêmes, tenu·es d'adopter les « bons » comportements, de se conformer aux normes de performance sanitaire et d'intégrer les logiques d'évaluation continue. Cette dynamique fait de la santé ce que Philippe Batifoulier et Nicolas Da Silva nomment la « valeur des valeurs » (*Ibid.*, p. 8), à la fois norme comportementale, référent moral et critère d'inclusion sociale. Elle entre en résonance avec les analyses de Gilles Deleuze sur les sociétés de contrôle, dans lesquelles le pouvoir ne passe plus par l'enfermement ou la prescription directe, mais par la diffusion de normes sociales dans l'ensemble des conduites, notamment celles liées à la gestion quotidienne du corps, de la santé et de la prévention individuelle.

Le capitalisme sanitaire impose la logique gestionnaire des entreprises financiarisées dans les systèmes de santé, qui s'opère par une nouvelle gouvernementalité instrumentale, inspirée des principes du *New Public Management* (NPM) (Lane 2000) qui transforme les politiques publiques en marchés régulés par des indicateurs de performance, des appels d'offres, des systèmes de tarification à l'acte (T2A) et des agences de régulation. En France, Frédéric Pierru, Pierre-André Juven et Fanny Vincent (2019) ont montré comment cette rationalisation affecte tant la gestion hospitalière que l'organisation de la médecine de ville, en favorisant la convergence des logiques publiques et privées, l'ouverture à la concurrence, et la segmentation de l'offre en réseaux de services. Leurs travaux montrent comment les institutions sanitaires se recomposent autour de dispositifs de pilotage, de contractualisation et d'évaluation, qui redéfinissent les hiérarchies internes du système de santé et les rôles professionnels, mais aussi ceux des patient·es.

Dans cette configuration, le capitalisme sanitaire transforme la figure de la patientèle. Celle-ci n'est plus conçue comme une simple catégorie passive d'un système de solidarité, mais comme un agent solvable, responsable et évalué. Nikolas Rose (2007)

parle à ce propos de « citoyenneté biologique[2] » pour décrire la manière dont les individus, dans les sociétés contemporaines, sont de plus en plus appelés à devenir les gestionnaires responsables de leur propre existence biologique. Dans ce régime, du point de vue des patient·es, la santé n'est plus seulement un enjeu collectif ou un droit, mais un « projet » individuel. Cette nouvelle figure du « citoyen biologique » articule les régimes biopolitiques à l'idéologie entrepreneuriale : elle construit un individu calculable, pilotable et surtout redevable de son état de santé. Dans ce contexte, les logiques d'assurances individuelles, de prévention des risques et de leur évaluation contribuent à renforcer un modèle où la conformité comportementale est une condition d'inclusion sociale et économique.

Cela résonne par ailleurs avec les analyses de Luc Boltanski et Ève Chiapello (1999) sur l'idéologie du projet, centrale dans le capitalisme néolibéral. Celle-ci valorise la flexibilité, l'autonomie, la capacité à s'engager temporairement dans des configurations mouvantes. Si ces auteur·ices ne traitent pas directement de la santé, leur analyse permet de comprendre comment celle-ci peut être mobilisée comme ressource dans une économie du projet. Dans cette perspective, la santé devient aussi une ressource stratégique dans la compétition interterritoriale. Le ou la patient·e flexible, responsabilisé·e et évalué·e est aussi un·e client·e à capter, au sein d'un marché des soins où les acteurs publics et privés rivalisent pour attirer des usager·es solvables, fidèles et conformes aux normes de gestion. Cette logique trouve une prolongation dans les politiques de compétitivité territoriale, où les régimes de santé (publics comme privés) sont un critère d'attractivité et un enjeu de marketing urbain, contribuant à la mise en concurrence des espaces, des dispositifs de soins et des populations elles-mêmes.

Ce régime de concurrence des soins participe d'une organisation dans laquelle la pénurie elle-même peut devenir un ressort de valorisation. Le capitalisme sanitaire, en produisant une rareté organisée de certaines pratiques, contribue à construire la désirabilité de certains produits ou services de santé perçus comme exclusifs. C'est ce que montrent Paula Cristofalo, Clélia Gasquet-Blanchard, Maud Gelly et Anne-Cécile Hoyez (2021) à propos du recours à la césarienne dans certaines maternités franciliennes : là où l'hôpital public tend à limiter cette pratique coûteuse et médicalement risquée, les établissements privés en font un argument marketing valorisé par les patientes issues des classes supérieures. La césarienne devient alors un bien de santé qui reflète la position sociale, dont la rareté participe de sa légitimation, et dont l'accès appelle des dispositifs spécifiques (assurance, mobilité, mise en relation) qui renforcent la dimension marchande et inégalitaire de l'offre de soin.

Au niveau territorial, ces politiques sanitaires capitalistes font écho aux logiques entrepreneuriales et concurrentielles inspirées du gouvernement urbain néolibéral. Dans la lignée des travaux de David Harvey (1989) ainsi que Jamie Peck et Nik Theodore

[2] « Biological citizenship » en anglais dans le texte d'origine.

(2015), on peut analyser la façon dont les villes, ou les régions urbaines, en particulier dans les pays du Nord, développent des stratégies actives de mise en marché de leur offre de soins. Hôpitaux publics et cliniques deviennent des actifs territoriaux valorisés dans les discours de compétitivité, où l'on voit croître des projets d'urbanisme médicalisés. Les clusters *eds & meds* (pour éducation et santé), tels que définis par Timothy Bartik et George Erickcek (2008) constituent un modèle d'aménagement territorial apparu en Amérique du Nord, où les activités hospitalières et universitaires sont regroupées dans des zones définies pour stimuler l'innovation, l'emploi qualifié et l'attractivité territoriale. Dans ce schéma, les hôpitaux, les campus de recherche, les écoles de médecine et les infrastructures de soin deviennent des actifs valorisables par les gouvernements des métropoles, comparables aux zones industrielles dans les économies classiques de concentration. C'est le cas notamment du Texas Medical Center, que Xuanyi Nie (2019) montre comme étant l'un des plus grands complexes médicaux au monde, et qui revendique dans ses supports promotionnels un cadre local bénéfique pour l'accueil de professionnel·les à haut revenu et haut diplôme. Ce type de projets portés par des gouvernements locaux s'intègre ainsi dans des projets d'attractivité territoriale ciblant à la fois les populations solvables en quête d'un cadre de vie valorisé par une offre de soins performante, et les catégories sociales supérieures perçues comme moteurs de valorisation économique.

Le capitalisme sanitaire, en tant que reconfiguration néolibérale des politiques de santé, permet de comprendre comment l'État social a été non seulement transformé en agent de marché, mais aussi mis au service de l'insertion de la santé dans les logiques capitalistes, en accompagnant la transition d'une société disciplinaire vers une société de contrôle, le développement d'infrastructures assurantielles, et l'encouragement à l'entrepreneuriat, tant du point de vue des professions médicales que de la patientèle. Comme le rappellent Philippe Batifoulier et Nicolas Da Silva (2022), c'est aussi par son rôle organisateur, producteur de norme et financeur que l'État a permis l'extension du champ capitaliste à la santé. Il met en lumière la rationalisation des soins, la mise en concurrence des territoires et la réorganisation gestionnaire des services publics. Toutefois, cette approche reste encore générale : elle met l'accent sur les logiques systémiques, sans toujours en saisir les formes concrètes de mise en œuvre. Or, dans des contextes urbains comme celui de Sfax, cette marchandisation prend corps dans des dispositifs organisationnels bien définis : cliniques privées, cabinets médicaux et sociétés spécialisées dans la commercialisation des services de santé. Ces structures incarnent une forme particulière de capitalisme appliqué au soin, que l'on peut définir comme du capitalisme médical.

3 – Le capitalisme médical comme organisation située du mode de production des soins

Le capitalisme médical n'est pas une lecture alternative des phénomènes décrits dans le cadre du capitalisme sanitaire, mais il s'insère au contraire dans les dynamiques plus larges que propose ce cadre interprétatif. Il en constitue l'une des formes concrètes et sectorielles, centrée sur la production de services de soins comme activité économique. Si le capitalisme sanitaire permet de comprendre les logiques globales de marchandisation de la santé et de réorganisation néolibérale des politiques publiques, il demeure un cadre trop englobant pour appréhender les transformations concrètes des formes de production des soins. C'est à ce niveau que je propose d'introduire la notion de capitalisme médical, pour désigner un mode d'organisation spécifique dans lequel la production de santé repose sur des rapports de subordination capitaliste et sur l'internalisation du capital au sein des unités de soins. Pour en saisir la portée, il est nécessaire d'en préciser les contours conceptuels et les formes concrètes d'organisation.

Le capitalisme médical désigne un mode d'organisation spécifique de la production des soins médicaux (diagnostics, analyses, opérations et traitements), fondé sur la concentration du capital dans des structures productives (cliniques, cabinets, laboratoires d'analyses) qui articulent propriété privée, organisation hiérarchique du travail et objectifs de profitabilité. S'inscrivant dans la perspective théorique de Sébastien Groyer (2015), la définition du capitalisme médical que je propose ici repose à la fois sur les fondements marxistes classiques du capitalisme (propriété privée des moyens de production, recherche du profit, subordination salariale) et sur l'exercice d'un pouvoir de marché par les détenteurs du capital. Ce dernier permet à une minorité d'agents, qu'il conviendra d'identifier précisément dans cette thèse, d'orienter la production, de fixer les prix et d'exclure du processus décisionnel les agents subalternes comme les patient·es, les soignant·es ou les régulateurs publics dans la perspective d'un profit leur revenant pour sa plus grande part. Cette logique diffère d'un idéal de marché concurrentiel : elle repose au contraire sur une asymétrie structurelle des pouvoirs dans le champ médical, où l'accès aux ressources économiques et symboliques détermine la capacité à organiser l'offre de soin selon des logiques d'accumulation.

À cette logique de propriété et de contrôle s'ajoute celle de la subordination salariale : les soignant·es, infirmier·es et technicien·nes exercent leur travail dans des conditions fortement encadrées, où la décision médicale est également subordonnée à des impératifs gestionnaires et de profit. La dynamique concurrentielle entre structures privées alimente par ailleurs une segmentation du secteur, dans laquelle les stratégies économiques et la captation de patientèle deviennent des critères de reconnaissance professionnelle autant que de succès économique. Le capitalisme médical, en ce sens, ne renvoie pas seulement à une économie de la santé marchande, mais à un agencement structuré de rapports de production dans lequel la logique capitaliste organise les soins autour d'unités autonomes orientées vers le profit.

En concentrant les fonctions de propriété, de gestion et de soin dans les mains d'une minorité d'agents dotés d'un capital économique élevé, le capitalisme médical s'inscrit dans une dynamique plus large propre au capitalisme en général : celle de la constitution d'un pouvoir organisateur et décisionnel entre les mains d'une fraction restreinte d'agents sociaux. Ce pouvoir se manifeste par la capacité à orienter la production, à fixer les conditions d'accès aux ressources, et à redéfinir les rapports de subordination internes au champ médical. Il produit ainsi une structure hiérarchique marquée par de fortes inégalités d'accès à la décision, aux ressources matérielles et symboliques, et à la reconnaissance professionnelle. Cette concentration du pouvoir ne naît toutefois pas ex nihilo : elle s'appuie sur des structures préexistantes de domination sociale, dont les professions libérales, et en particulier les médecins, ont historiquement bénéficié. La figure du médecin libéral capitaliste prolonge une généalogie des professions libérales identifiée dès le début du 20e siècle par Max Weber (1905), qui décrit un éthos bourgeois fondé sur la rationalité économique, la domination savante et le contrôle des moyens symboliques. Si Max Weber ne traite pas directement des professions médicales, ses travaux permettent d'inscrire la domination des professions libérales dans ce qu'elles ont pu constituer historiquement une élite dotée d'un fort pouvoir d'organisation sociale. Cette position dominante se reproduit et s'actualise dans le contexte contemporain par des formes de relation avec les élites économiques et de captation de valeur qui sont à replacer dans le temps long.

Si le capitalisme médical paraît s'ancrer dans les trajectoires de la bourgeoisie intellectuelle, il faut également interroger sa spécificité d'un point de vue spatial. Les dynamiques contemporaines de capitalisation du soin semblent en effet s'accompagner d'une concentration dans des territoires déjà largement investis par les classes dominantes, là où se trouvent également des infrastructures privées à forte intensité capitalistique et des professions à fort capital symbolique et économique. Dans ce contexte, j'émets l'hypothèse que le capitalisme médical ne s'implante pas de façon homogène, mais selon des logiques sélectives, orientées vers des territoires dans lesquels il peut puiser les ressources (foncières, sociales, institutionnelles), favorables à la viabilité économique des investissements privés dans le secteur de la santé. Cette spatialisation invite à analyser l'articulation entre production capitaliste des soins et dynamiques de production urbaine. Le développement de l'offre privée tendrait ainsi à reconfigurer les hiérarchies territoriales, en concentrant les investissements dans des espaces jugés solvables ou stratégiques. Ces reconfigurations modifieraient en retour l'organisation locale du système de santé, en influençant l'accessibilité, la structuration de la filière des soins et la distribution des ressources sociales et matérielles. Pour appréhender le capitalisme médical, il conviendra donc de l'analyser à travers les agents qui le mettent en œuvre, et les rapports sociaux dans lesquels ils s'inscrivent.

Conclusion de section

Cette première section a permis d'ancrer l'analyse du capitalisme médical dans une interprétation foucaldo-deleuzienne de la trajectoire d'émergence des institutions sanitaires dans les sociétés industrielles, de démontrer la manière dont les logiques disciplinaires ont progressivement cédé la place à des formes de gouvernementalité néolibérale et de situer la santé dans une dynamique de marchandisation propre au capitalisme contemporain. En articulant les apports de Michel Foucault et Gilles Deleuze, les analyses critiques du néolibéralisme et les travaux récents sur le capitalisme sanitaire, cette section a posé les jalons théoriques pour penser les structures modernes et contemporaines de soins comme une forme historiquement située de production capitaliste. Elle a permis, ce faisant, d'introduire le concept de capitalisme médical comme étant une organisation spécifique du travail de soin, marquée par une concentration du capital, des fonctions de décision et des savoirs dans les mains d'une minorité d'agents, à la fois socialement et spatialement situés. Comprendre cette complexité nécessite d'articuler une sociologie des champs professionnels et une géographie critique du capitalisme, que je développe séquentiellement dans les deux sections suivantes.

B – Le champ médical capitaliste tunisien : capital et colonisation dans la formation d'une élite médicale

Cette section s'inscrit dans la continuité de l'analyse du capitalisme médical développée précédemment, en approfondissant l'idée que la spécificité du capitalisme réside dans la concentration du pouvoir au sein de groupes sociaux dotés de capitaux divers. Si j'ai d'abord montré comment la possession de capital (au sens marxiste du terme) permet d'exercer un pouvoir sur le mode de production des soins, il s'agit ici de comprendre comment ce pouvoir s'organise socialement et symboliquement dans un espace structuré : le champ médical. Cette perspective suppose de dépasser la seule analyse de la propriété économique des moyens de production et du pouvoir de marché pour prendre en compte les formes de reconnaissance, de légitimité et d'accès aux ressources qui structurent les champs sociaux. Cette section poursuit ainsi un double objectif : d'une part, d'inscrire le capitalisme médical dans une lecture sociologique bourdieusienne, en le définissant comme un champ social autonome, structuré par des luttes de pouvoir et en relation avec d'autres champs sociaux ; d'autre part, de retracer les conditions historiques de formation de ce champ comme champ dominant en Tunisie, en articulant son développement en France et sa transposition coloniale dans le contexte tunisien.

1 – Du capital au champ

L'analyse du champ médical en Tunisie ne peut se contenter d'une approche économique ou institutionnelle : elle suppose de saisir à la fois les relations complexes que la médecine entretient avec les autres sphères de la société tunisienne, et les dynamiques internes de structuration, de hiérarchisation et de lutte propres au champ médical lui-même. C'est précisément à cette double exigence que répond la sociologie bourdieusienne, en proposant une lecture articulée des notions de capital, de champ et d'agent. Dans cette perspective, les capitaux prennent sens au sein de champs sociaux spécifiques, dans lesquels les agents se confrontent, défendent ou remettent en cause les hiérarchies existantes. Pierre Bourdieu a élaboré ce cadre théorique en approfondissant et en complexifiant l'analyse marxiste et wébérienne de la division sociale du travail et des classes, en y intégrant une attention fine aux mécanismes symboliques de distinction et aux logiques de légitimation au sein d'espaces sociaux autonomes.

Dès 1966, Pierre Bourdieu insiste sur l'importance de penser les classes sociales non seulement à partir de leur situation matérielle, mais aussi selon leur position relative dans une structure sociale complexe, marquée par des relations d'interdépendance entre groupes. Il souligne que « chaque classe sociale doit au fait qu'elle occupe une position dans une structure sociale, historiquement définie, et qu'elle est affectée par les relations qui l'unissent aux autres parties constitutives de la structure, des propriétés

de position, relativement indépendantes de propriétés intrinsèques [...] » (Bourdieu 1966, p. 201). Il montre ainsi que les positions sociales se définissent non par essence, mais par construction relative et que les distinctions symboliques prolongent et légitiment ces rapports de force. C'est dans ce cadre que s'inscrit sa critique du marxisme, auquel il reproche de réduire les rapports de domination à la seule opposition entre bourgeoisie et prolétariat, en négligeant la diversité des capitaux et la dynamique propre à chaque champ social.

Son travail autour de la sociologie des champs permet de décrire les conflits internes aux classes sociales et d'analyser comment le pouvoir des classes dominantes se reproduit de façon plus diffuse dans les sociétés capitalistes contemporaines. En plus du capital économique, Pierre Bourdieu (1978) développe la notion de capital culturel, puis plus tard de capital social. Il montre ainsi que la domination ne repose pas uniquement sur la détention de capital économique, mais aussi sur des formes plus subtiles de reconnaissance symbolique. Cette généalogie théorique se fonde notamment sur ses enquêtes dans le champ artistique, où il démontre que les rapports de force ne s'organisent pas selon les critères économiques classiques, mais selon des hiérarchies internes au champ fondées sur les réseaux de relations des agents et de leur capacité à rendre légitime leur capital culturel. Le même raisonnement peut être appliqué au champ médical, où la compétition pour la légitimité, la hiérarchisation des fonctions et des savoirs, ou encore les relations entre professionnel·les et patient·es, contribuent à formaliser une logique propre de stratification et de domination symbolique.

Les champs sociaux, chez Pierre Bourdieu, désignent ainsi des espaces sociaux partiellement autonomes, dans lesquels les agents se disputent des agencements spécifiques des trois formes de capitaux élémentaires (économique, culturel, social). Chaque champ fonctionne selon une logique qui lui est propre, avec ses critères de légitimité, ses formes de capitaux dominants et ses enjeux de reconnaissance. L'autonomisation d'un champ correspond ainsi à sa capacité à définir ses propres régulations internes, à imposer ses normes de légitimité, indépendamment (jusqu'à un certain point) des hiérarchies externes. Dans chaque champ, les agents occupent des positions relatives selon leur volume et leur composition en capital. Ces positions sont dynamiques : les agents, en fonction de leur trajectoire, de leur habitus et de leurs ressources, mènent des luttes pour conserver ou subvertir l'ordre établi. La valeur d'un capital donné (diplôme, réseau, revenu, réputation) dépend ainsi du champ dans lequel il est mobilisé : ce qui confère du pouvoir dans un champ peut être neutre ou dévalorisé dans un autre. Cette relativité des capitaux est incarnée dans la sociologie bourdieusienne par le capital symbolique.

Le capital symbolique est la forme socialement reconnue et validée des autres capitaux. Il ne réside pas dans la ressource brute elle-même, mais dans la reconnaissance collective de sa légitimité au sein d'un champ donné. Il représente ainsi le pouvoir de faire valoir une ressource comme digne d'être reconnu, et d'imposer cette

reconnaissance aux autres agents du champ. Comme le souligne Gisèle Sapiro (2020), cette reconnaissance n'est jamais acquise en soi, mais toujours située et relationnelle, et le capital symbolique constitue en ce sens un pouvoir de valorisation (ou au contraire de stigmatisation) qui organise la hiérarchie des positions selon un principe de légitimité. Ce caractère contextuel et relationnel du capital symbolique en fait un outil important pour comprendre les hiérarchies internes au champ médical, où la légitimité ne tient pas seulement aux compétences techniques, mais à leur reconnaissance par les pair·es, les institutions et les patient·es.

Mais cette dynamique interne est aussi relative aux autres champs sociaux. Leur autonomie est toujours relative : chaque champ est traversé par des rapports de force externes qui peuvent contraindre ou transformer ses logiques internes. Dans les sociétés contemporaines, marquées par l'emprise croissante du néolibéralisme, le champ économique tend ainsi à imposer ses catégories de perception et ses critères d'efficacité à d'autres champs sociaux, y compris ceux qui s'étaient historiquement constitués sur d'autres principes, comme le champ artistique, universitaire ou médical. Comme l'explique de nouveau Gisèle Sapiro (*Ibid.*), le champ économique, tout en disposant de propriétés comparables aux autres champs (accumulation d'un capital spécifique et règles propres, notamment) se distingue par sa position diffuse, mais hégémonique dans les sociétés capitalistes contemporaines. Cette dynamique de subordination relative transforme les règles du jeu dans les champs moins dominants, en réorientant les stratégies des agents en leur sein pour correspondre à celle du champ économique.

Le champ médical, bien qu'autonome, n'échappe pas à ces pressions : il tend même, dans certaines configurations, à se rapprocher des centres de pouvoir économique, notamment à travers la marchandisation croissante des soins et l'émergence d'une élite médico-entrepreneuriale. Dans le même temps, il conserve une position relativement dominante du fait de sa capacité à convertir ses ressources symboliques (savoir, autorité, prestige) dans d'autres champs, et à peser sur les orientations politiques et économiques en matière de santé. C'est ce que montre Anne-Marie Arborio (2004) au sujet de « l'élite médicale » marseillaise et de sa proximité aux réseaux de pouvoirs locaux. Ce double mouvement de relative autonomie et d'imbrication croissante avec les logiques économiques constitue un enjeu central de l'analyse du champ médical dans les contextes contemporains.

Le champ médical, bien qu'autonome, n'échappe pas aux rapports de domination entre champs sociaux. D'autant plus dans sa configuration capitaliste que je propose d'observer à Sfax. S'il s'agit d'un champ qui conserve une position dominante, notamment en raison de sa capacité à convertir ses ressources symboliques (savoir, autorité, prestige) dans d'autres champs, et à intervenir dans les orientations politiques, économiques et sociales liées, notamment, à la santé, le processus de marchandisation des soins esquissé dans la section précédente laisse présager en outre un champ médical capitaliste particulièrement interrelié au champ économique et donc dépendant de ses

propres logiques. Je propose ainsi d'en retracer les éléments structurants, afin de comprendre les ressorts spécifiques qui ont construit le champ médical capitaliste tunisien, à cheval entre une domination sociale, économique et coloniale.

2 – La formation du champ médical capitaliste tunisien : une histoire de domination coloniale

Le champ médical français s'est structuré, dès la fin du 18e siècle, comme un espace social relativement autonome, tout en demeurant historiquement adossé à l'appareil d'État. Il s'est imposé dans ses formes à la médecine tunisienne durant les années du protectorat colonial français (1881 – 1956), pour se perpétuer largement après l'indépendance. Le champ médical hérite d'une profession, comme le montre Eliot Freidson (1970), qui s'est légitimée dans les pays occidentaux par l'articulation de la production de savoirs scientifiques, l'encadrement des pratiques professionnelles, la participation à la définition de l'intérêt général et l'administration effective des soins à la population, ce qui lui a tôt conféré une place centrale parmi les champs professionnels les plus institutionnalisés et socialement légitimés. Patrice Pinell (2005; 2009) a décrit cette configuration dans la médecine française en mobilisant les outils de la sociologie bourdieusienne, en insistant sur une triple dynamique : la consolidation d'un monopole universitaire sur la formation et la certification, l'intégration croissante des savoirs médicaux dans les politiques publiques, et l'émergence d'une élite hospitalo-universitaire dotée d'un fort capital culturel et symbolique. Cette structuration a permis à la médecine de s'autonomiser comme champ spécifique, tout en conservant sa proximité avec le pouvoir politique, notamment dans le cadre de l'édification de l'État social et de la régulation des corps dans ce que Michel Foucault a désigné comme une société disciplinaire, présentée plus tôt.

L'autonomie du champ médical repose d'abord sur des mécanismes internes de régulation : des institutions comme l'Ordre des médecins encadrent les normes professionnelles, contrôlent l'accès aux carrières et garantissent la reproduction de la légitimité professionnelle. Ce système de régulation soutient une structuration hiérarchique du champ, qui s'exprime à la fois horizontalement (entre médecine de ville et médecine hospitalière) et verticalement, à travers une hiérarchisation des spécialités selon leur prestige, leur technicité ou leur proximité avec l'univers hospitalo-universitaire et l'ensemble des professions subalternes (infirmerie, pharmacie, aide aux soins). Cette configuration génère des rapports d'interdépendance entre généralistes et spécialistes, praticien·nes hospitalier·es et en exercice libéral, chercheur·euses et clinicien·nes, selon leur capacité à accumuler et faire reconnaître un capital symbolique légitime. Mais, comme le souligne Patrice Pinell, l'analyse du champ médical ne saurait se limiter aux seul·es médecins : il faut pour lui « intégrer dans l'analyse non seulement les auxiliaires médicaux, sans qui le pouvoir médical ne serait pas ce qu'il est (Abbott, 1988), mais tous ceux qui – scientifiques, ingénieurs, religieux, agents de l'État, administratifs, notables

– sont investis dans le champ et entretiennent avec les médecins des relations de collaboration et de concurrence » (*Ibid.*, p. 318).

Patrice Pinell propose, pour penser la structuration du champ médical, de rassembler les différentes ressources mobilisées par les agents sous la notion de capital médical. Cette notion, corollaire du capital symbolique, permet de saisir la spécificité des hiérarchies internes au champ médical sans réduire celui-ci aux seules logiques économiques ou académiques. Bien que Pinell n'en donne pas une définition formalisée[3], il en dessine les contours à travers l'analyse de deux composantes principales : le capital clinique et le capital social. Le capital clinique se construit par la reconnaissance des compétences de diagnostic, de la production académique et par l'accès à des fonctions institutionnelles élevées, notamment dans l'hôpital public. À cette dimension s'ajoute un capital social, hérité ou acquis, qui dépend des réseaux mobilisables dans le cadre professionnel comme au sein de la patientèle, notamment lorsque celle-ci appartient aux élites économiques, politiques ou administratives. L'articulation de ces deux formes de ressources, spécifiques au champ médical, permet à certains agents d'accumuler un capital médical élevé et de se positionner favorablement dans les luttes de classement internes au champ.

Ce modèle français de la construction du champ médical, fondé sur un monopole de la légitimité scientifique, de la proximité sociale avec les élites politiques et économiques et sa forte imbrication dans l'appareil d'État, a été transposé dans le contexte colonial, où il a servi de matrice à l'organisation des professions de santé. En Tunisie, sous le régime du protectorat français, cette transposition a imposé une architecture institutionnelle et symbolique profondément marquée par les hiérarchies coloniales. Comme le montrent Benoît Gaumer et Munṣif al-Marzūqī (2006), les normes scientifiques, les cursus de formation, les modes de reconnaissance professionnelle et les dispositifs de régulation ont été calqués sur le modèle métropolitain, tout en étant articulés à une division raciale et sociale. Dans ce contexte, les élites médicales françaises ont occupé une position stratégique dans l'édification du champ médical tunisien. Leur influence ne s'est pas limitée à la direction des établissements hospitaliers ou à la sélection des savoirs légitimes : elle s'est aussi exercée par le biais de leur proximité avec les cercles de pouvoir du protectorat. En effet, la colonisation française en Tunisie, marquée par une faible présence populaire et largement conduite par une élite administrative, économique et intellectuelle, s'est traduite par un recours massif aux médecins français[4], non seulement au sein des institutions coloniales, mais aussi parmi les élites locales proches du bey et de sa cour (Bessis 2019). La légitimité des médecins français ne reposait donc pas uniquement sur leur expertise scientifique, mais aussi sur leur

[3] Le terme apparaît en conclusion de son article de 2009, sans que celui-ci soit explicitement développé, mais l'on comprend néanmoins, au fil du texte, à quoi cela se réfère.

[4] Seuls des hommes ont exercé comme médecins durant les premières années du protectorat, d'après les textes consultés.

insertion dans les réseaux d'influence politico-économiques, consolidant ainsi leur position dominante dans le champ médical colonial.

Dans ce cadre, les médecins « indigènes » se voyaient cantonnés à des positions marginales dans la hiérarchie médicale, non pas uniquement en raison d'une racialisation explicite des compétences, mais surtout à travers un système de filtrage fondé sur la détention de titres délivrés par les institutions françaises. Mohamed Moncef Zitouna (1994) explique comment l'accès aux fonctions prestigieuses, tant hospitalières qu'administratives, dépendait de la possession d'un doctorat en médecine délivré en France, capital culturel diplômant qui constituait le principal critère de légitimation. Celles et ceux que l'administration coloniale désignait comme des « médecins toléré·es » (sic), en opposition aux médecins dit·es « diplomé·es », formé·es localement ou dans d'autres espaces non européens, étaient ainsi marginalisé·es des circuits de reconnaissance officielle et des positions d'influence dans l'appareil médical colonial. Cette barrière a largement contribué à limiter les possibilités d'ascension professionnelle et de participation aux instances de pouvoir pour les praticien·nes issus de la population colonisée. Dans son ouvrage, Moncef Zitouna retrace la trajectoire des cent premiers médecins[5] tunisiens ayant exercé officiellement sous le protectorat, avec des profils académiques que j'ai synthétisés dans le Tableau 1 :

Lieu de soutenance de la thèse de médecine	Nombre
Paris	60
Bordeaux	13
Lyon	6
Montpellier	5
Istanbul	1
Alger	8
Marseille	2
Toulouse	3
Non renseigné	10

Tableau 1 – Lieu de soutenance de thèse des 100 premiers médecins tunisiens « diplômés » exerçant en Tunisie à partir de 1897 – Source : Moncef Zitouna 1994

[5] La première médecin diplômée en Tunisie, Tawhida Ben Cheikh, n'a exercé que bien plus tard, en 1936, et ne figure pas parmi les 100 personnalités décrites par Zitouna.

Comme le rapporte Moncef Zitouna, parmi les cent premiers médecins tunisiens « musulmans[6] » ayant obtenu le statut de « médecin diplômé », la grande majorité ont obtenu leur doctorat dans une faculté de médecine française, dont soixante issus d'un établissement parisien. Cette configuration illustre l'importance centrale du capital culturel diplômant, acquis en France, dans la reconnaissance professionnelle. Même après l'indépendance, les médecins tunisien·nes demeurent minoritaires. En 1956, sur les 503 médecins recensé·es dans le pays, seul·es 188 sont de nationalité tunisienne. Un tiers d'entre elles et eux exerce dans la capitale, tandis que les autres sont principalement installé·es à Sousse, Nabeul, Bizerte et Sfax, avec quelques praticien·nes dans les zones minières. La médecine durant la période coloniale reste ainsi non seulement fortement marquée par la prédominance des médecins français·es, mais également par leur concentration urbaine, en particulier dans les grandes villes littorales et les centres de commandement régionaux.

Après l'indépendance, le champ médical tunisien conserve une structuration hiérarchisée et centralisée, héritée du modèle colonial. L'appareil de santé est en grande partie repris par l'État, dans le cadre d'un projet de modernisation nationale porté par le régime bourguibien. Inspiré par des idéaux socialistes et développementalistes, ce projet repose sur une politique de nationalisation des services publics, dont la santé constitue un pilier central (Camau, Zaïem et Bahri 1990). Après la crise de Bizerte[7] en 1961, les médecins français·es fuient largement le pays. Dans ce contexte, les médecins tunisien·nes accèdent progressivement aux positions de pouvoir auparavant occupées par leurs homologues français·es : ils et elles deviennent alors les détenteur·ices du capital médical. Pour autant, cette reconfiguration du champ ne remet pas en cause la logique de hiérarchisation interne qui caractérisait la période coloniale.

Comme le montrent Benoît Gaumer et Munṣif al-Marzūqī (2006) ainsi que Mohamed Bergaoui (2010), le processus de tunisification du champ médical ne conduit pas à une redistribution équitable des ressources ou à un renversement des logiques de hiérarchisation du champ. Au contraire, ce processus s'opère sous la tutelle étroite de l'État postcolonial, qui contrôle les trajectoires professionnelles et les conditions d'exercice, notamment à travers les modalités d'affectation géographique et la structuration des carrières hospitalières. Le capital médical reste ainsi caractérisé par des critères de légitimité largement hérités de la période coloniale, notamment l'obtention de diplômes en France, qui reste un déterminant puissant dans un pays ne disposant que d'une seule faculté de médecine (à Tunis) jusqu'en 1974, l'accès aux postes hospitalo-universitaires et les relations avec les cercles proches du pouvoir politique. Cette configuration

[6] Il s'agit du terme employé par l'auteur.

[7] La « crise de Bizerte » parfois euphémisée « événements de Bizerte » renvoie à un épisode de répression militaire violente perpétrée par l'armée française après l'indépendance du pays et qui a profondément terni les relations postcoloniales entre la France et la Tunisie. Cette époque est restée marquante en Tunisie, car, après l'indépendance, c'est à cette date que la majorité des élites coloniales ont quitté le pays.

conforte une élite médicale tunisienne, urbaine, francophone, souvent issue de la bourgeoisie, qui s'impose comme nouvelle figure dominante dans le champ médical national.

En parallèle de la nationalisation du champ médical, le secteur libéral ne disparaît pas. Il demeure présent surtout dans les grandes villes, principalement sous forme de médecine de ville, exercée par des praticien·nes en cabinet. Si dans un premier temps cette activité reste marginale par rapport à l'investissement étatique massif, elle constitue un espace d'autonomie pour les médecins, en dehors des contraintes de l'hôpital public. Avec l'ouverture des facultés de médecine tunisiennes à partir des années 1960 et la mise en place des CHU dans les années 1980, une nouvelle génération de praticien·nes tunisiens est formée localement, mais conserve des liens étroits avec le modèle universitaire et hospitalier français, consolidant ainsi la continuité symbolique et culturelle avec le champ médical hérité de la colonisation.

Ce double ancrage (dans le service public d'un côté, et dans la pratique libérale de l'autre) alimente des tensions avec l'État. Le régime bourguibien cherche à contrôler le corps médical, notamment à travers des politiques d'affectation dans les régions intérieures, sous-dotées en personnel et en infrastructures. Or, ces mesures se heurtent à une forte résistance de la part de la corporation médicale, attachée à sa liberté d'installation et à la valorisation des zones urbaines, plus solvables et mieux équipées. Comme le rappellent Michel Camau, Hédi Zaïem et Hajer Bahri (1990), plusieurs épisodes de conflits jalonnent la seconde moitié du 20e siècle, témoignant du rapport de force qui s'installe entre l'État et la corporation médicale[8].

Le champ médical capitaliste a surtout pris corps lors de l'arrivée au pouvoir de Zine el-Abidine Ben Ali en 1987, qui s'inscrit dans un tournant plus général de libéralisation économique affectant l'ensemble des secteurs d'activité, y compris celui de la santé. Comme le montrent Larbi Chouikha et Éric Gobe (2015) ou encore Betty Rouland, Mounir Jarraya et Sébastien Fleuret (2016), les années 1990 et 2000 sont marquées par une ouverture accrue des frontières et une intensification des échanges marchands, notamment avec les pays voisins comme la Libye et l'Algérie. Dans ce contexte, la médecine devient l'un des secteurs concernés par ces circulations transnationales, à travers le développement de services médicaux adressés à une patientèle étrangère. Mais cette dynamique n'est encore que partiellement documentée, peu de travaux

[8] Michel Camau, Hédi Zaïem et Hajer Bahri rapportent notamment ce discours prononcé par Habib Bourguiba le 20 novembre 1964, qui témoigne de la vision et de la méfiance du pouvoir vis-à-vis de la corporation médicale : « De plus, quand il s'agit pour ces messieurs, de payer leurs impôts, impôts destinés à réaliser des investissements humains, à former les cadres du futur de la nation ou son infrastructure économique, ils font de fausses déclarations, se disant que l'État n'a pas les moyens de connaître leurs revenus avec précision, vu qu'ils exercent une profession libérale. Alors qu'en dehors des ressources de leur cabinet, ils possèdent des propriétés et des immeubles, ils déclarent froidement un revenu de 1200 dinars par an ».

évoquent cette émergence, dans plusieurs villes tunisiennes, d'une offre de soins privée orientée vers l'attractivité économique.

Conclusion de section

La position dominante du champ médical ne repose pas uniquement sur les volumes de capitaux détenus par ses agents, mais aussi sur sa capacité à interagir avec d'autres champs (politique, économique, universitaire) dans lesquels ses agents convertissent leur légitimité en ressources nouvelles. Cette transversalité confère au corps médical une place d'élite dans l'espace social, capable de se repositionner au gré des transformations des rapports de pouvoir. Dans le contexte tunisien, cette capacité s'est construite historiquement à l'intersection de plusieurs dynamiques : transposition coloniale, centralisation étatique, puis ouverture aux logiques néolibérales. Le capital médical s'est ainsi reconfiguré sans perdre sa capacité de domination, en intégrant progressivement les dimensions entrepreneuriales, gestionnaires et spéculatives du capitalisme contemporain.

Cette recomposition du champ ne concerne pas seulement ses hiérarchies internes. Elle ouvre aussi sur un élargissement de ses frontières : autour des activités médicales se développent des réseaux d'acteurs hétérogènes (promoteurs, agents d'intermédiation, investisseur·es) qui participent à l'organisation et à la valorisation économiques des soins. Dans des contextes urbains comme celui de Sfax, cette dynamique favorise l'émergence d'une véritable filière médico-économique. Le capitalisme médical contemporain ne se limite pas à la figure du médecin et articule désormais des chaînes d'interdépendance complexes, dans lesquelles santé, territoire et marché se trouvent étroitement imbriqués. C'est l'analyse de ces agencements que propose d'approfondir la section suivante.

C – Le capitalisme médical dans le territoire

Après avoir défini le capitalisme médical à partir de ses dimensions sociales, professionnelles et historiques, cette troisième section propose d'en examiner les dynamiques territoriales. L'objectif est de comprendre comment les logiques capitalistes de production des soins s'inscrivent dans l'espace, en lien avec des agencements économiques, politiques et sociaux spécifiques.

Le premier temps de l'analyse repose sur la notion de filière, issue de la géographie économique, qui permet d'identifier les chaînes de production territorialisées, les effets de concentration et les interdépendances entre agents du champ médical. Cette lecture met au jour l'agencement fonctionnel du capitalisme médical sfaxien, mais également ses tensions internes. Ces tensions permettent ensuite d'introduire une deuxième échelle d'analyse : celle des circulations transnationales, en particulier des mobilités médicales, qui sont révélatrices de l'ouverture du champ médical tunisien à des logiques globales. Les figures de l'intermédiation (agents, intermédiaires, ambulancier·es) constituent un point de passage entre ces deux niveaux, en articulant les réseaux locaux aux dynamiques marchandes transnationales. L'étude de ces circulations permet de recontextualiser le capitalisme médical dans le cadre plus large des crises du capitalisme global, à travers la notion de *spatial fix* développée par David Harvey. Enfin, la quatrième sous-section recentre l'analyse sur la ville néolibérale, en mobilisant les outils développés notamment en géographie et science politique pour interroger les effets de cette territorialisation sur la fabrique urbaine.

1 – Territorialiser par la filière

Le capitalisme médical sfaxien peut être interrogé comme une filière médico-économique territorialisée, c'est-à-dire un ensemble structuré d'activités, de professions, de fonctions et d'espaces articulés autour de la production, la circulation et la promotion des services de soins. En reprenant les apports de la nouvelle économie géographique, notamment francophone (Claude Courlet (1993; 2001) et Bernard Pecqueur (2000) en particulier), cette lecture en termes de filière permet de décloisonner l'analyse sectorielle et de saisir les multiples dimensions, verticales et horizontales, de l'organisation sanitaire.

Dans cette perspective, la notion de filière permet de dépasser le découpage classique de l'économie en branches (primaire, secondaire, tertiaire) au profit d'une lecture basée sur les chaînes productives territorialisées, au sein desquelles les activités sont organisées en segments successifs (tels que la recherche, la conception, la fabrication, la distribution ou le soutien) articulés selon une logique d'arborescence et d'interdépendance. Comme le montre Khalid Sekkat (1987), cette notion s'est progressivement imposée comme un cadre de référence pour analyser les enchaînements d'activités qui, dans un territoire donné, concourent à la production d'un bien ou d'un service. Cet auteur identifie trois propriétés fondamentales de la filière : son épaisseur (la diversité des

fonctions ou segments intégrés), son caractère arborescent (en opposition à une vision strictement linéaire de la production), et l'interdépendance des éléments qui la composent. Cette grille de lecture permet de penser la coordination dans le temps et dans l'espace des fonctions de soin, en particulier privées, en englobant l'ensemble des activités, services et ressources mobilisées pour rendre possible la prise en charge médicale d'un·e patient·e sur un territoire donné. Elle invite ainsi à considérer l'enchaînement et l'agencement des segments qui participent, à des degrés divers, à la production, la circulation ou l'accessibilité des soins.

L'approche par la filière permet également de requalifier la santé non pas comme un simple objectif de politique publique qui ne se mesurerait sur le territoire qu'en termes de dépenses et d'indicateurs de santé des populations, mais comme un moteur économique territorial à part entière. Les travaux d'Antoine Bailly et de Michel Périat (1997; 2003), centrés sur le secteur hospitalier public en Suisse, ont proposé une modélisation des effets économiques induits par l'investissement public dans les soins. À travers la notion de « médicométrie », ils mettent en évidence les retombées économiques directes et indirectes de la production de soins, notamment via les salaires, les achats de matériel, la commande publique et les infrastructures hospitalières.

Leur approche permet de calculer des coefficients multiplicateurs qui mesurent la manière dont une unité de dépense initiale dans le secteur de la santé circule dans l'économie locale, générant de la richesse à différentes échelles (districts et cantons pour le cas de la Suisse). Si leur analyse reste cantonnée au secteur public et pose une analyse économétrique, elle offre néanmoins des clés de lecture pour penser la structuration territoriale du secteur privé et de son insertion dans des dynamiques territoriales plus larges. Comme souligné plus tôt, le champ médical tunisien repose sur des interdépendances fortes entre les secteurs étatique et privé. Loin d'être deux sphères étanches, ces segments s'articulent à travers des circulations de patient·es, de professionnel·les, de mode d'organisation et d'implantation territoriale.

Dans un contexte comme celui de Sfax, marqué par une forte prégnance du secteur privé, il serait envisageable d'extrapoler certains mécanismes identifiés dans la littérature : concentration de hauts revenus liés à la médecine libérale, effets d'agglomération, sous-traitance par des prestataires locaux, emplois induits dans les fonctions de support, reconfiguration des activités périphériques. Cette hypothèse invite à considérer que le capitalisme médical, au-delà de ses dimensions sanitaires, fonctionne comme une économie productive territorialisée, dont les effets sur l'économie locale seraient à analyser. Ce raisonnement conduit à s'interroger sur la manière dont le secteur de la santé s'insère dans les logiques économiques locales et interagit avec d'autres secteurs d'activité (immobilier, formation, services, etc.).

Dans l'espace, la filière ne se limite pas à une simple chaîne de production, elle agrège un ensemble d'acteurs et de fonctions, souvent hétérogènes, mais

interdépendants dans la production de biens ou de services. Comme le soulignent Éric Boutroy *et al.* (2012) dans leur étude sur le tourisme sportif, les filières peuvent être articulées à la fois verticalement (de l'amont à l'aval) et horizontalement (via des fonctions de soutien ou les prestations complémentaires), dessinant des réseaux de coopération et de complémentarité qui vont au-delà des agents centraux. Cette approche permet d'envisager la production de soins comme une dynamique collective et territorialisée, où les activités médicales s'articulent avec des fonctions de recherche, de logistique, de communication, de transport, voire d'accueil, comme le montre le cas sfaxien. Elle renforce l'idée d'un système productif local, notion développée dans les travaux sur les districts industriels et les milieux innovateurs pour désigner des configurations territoriales d'activités économiques reposant sur une spécialisation sectorielle, une proximité géographique des entreprises, des réseaux d'acteurs locaux et des formes de coordination souples (Aydalot 1985; Courlet, Pecqueur et Soulage 1993). Ce phénomène a tendance à dépasser la simple concurrence pour montrer des dynamiques de mutualisation des ressources et de spécialisation spatiale. Si la notion de filière reste encore peu formalisée dans le champ de la santé (en dehors de la filière au sens universitaire), elle trouve des échos dans les travaux sur les industries d'innovations ou les districts productifs, qui insistent sur l'importance des proximités, qu'elles soient géographiques, fonctionnelles, cognitives ou institutionnelles (Pecqueur 2000; Courlet 2001).

Toutefois, cette lecture fonctionnaliste de la filière, centrée sur la coordination des segments et l'efficacité des agencements territoriaux, montre ses limites lorsqu'elle isole les dynamiques économiques des rapports sociaux qui les sous-tendent. C'est ce qu'expose Ludovica Milano (2023), en montrant comment la question de l'informalité et de l'apparente improductivité de nombreux agents dans les économies territoriales reste un impensé majeur de cette discipline. Ces lectures tiennent probablement d'un héritage positiviste des sciences régionales qui, malgré leurs propositions moins naturalisantes que les théories économiques classiques et néoclassiques, ont le plus souvent minimisé l'importance des statuts sociaux, des hiérarchies professionnelles et des formes non conventionnelles de production ou de coordination dans l'analyse des dynamiques territoriales. Il ne s'agit donc pas de rejeter l'approche par la filière, mais de l'articuler à une lecture en termes de champ, afin d'intégrer les hiérarchies professionnelles, les positionnements relatifs et les formes de domination symbolique qui structurent la production des soins sur un territoire.

Les positions occupées dans les segments de la filière font écho à la position dans le champ et traduisent des inégalités : elles déterminent des capacités à capter les ressources, à imposer des normes ou à orienter l'organisation du système. En ce sens, la structuration en filière ne peut être appréhendée sans une analyse des rapports de force internes qui la traversent. C'est donc dans une lecture conjointe des logiques économiques (coordination, segmentation, structuration territoriale) et sociales

(hiérarchies, capitaux spécifiques, luttes de position) que peut émerger une compréhension plus fine du capitalisme médical.

Enfin, la notion de filière permet d'ouvrir la focale au-delà du local, en soulignant que les fonctions qui rendent possible la prise en charge d'un·e patient·e peuvent être distribuées à l'échelle transnationale : prestataires spécialisés, plateformes numériques, chaînes logistiques ou réseaux diasporiques. En cela, elle constitue une entrée utile pour penser les circulations globales de soins, de patient·es et de capitaux.

2 – Circulations transnationales

La filière médicale est aujourd'hui structurellement internationale : les compétences circulent, les investissements s'internationalisent, et les patient·es elles et eux-mêmes traversent les frontières pour accéder aux soins. Comme on l'a vu en introduction, Sfax est emblématique de cette dynamique, avec l'afflux important de patient·es libyen·nes. Ce mouvement transnational appellerait logiquement à être pensé sous l'angle du tourisme médical. Pourtant, la réalité des flux, leurs formes, les dispositifs qu'ils mobilisent et les logiques sociales qui les portent offrent un tableau bien plus contrasté. Le tourisme médical doit alors être abordé comme une filière ambivalente, à la fois instrumentalisée par les agents et traversée par des tensions théoriques et empiriques autour de sa définition, de sa mesure et de sa territorialisation.

Le recours à la notion de tourisme médical s'impose souvent dans le débat public et dans les stratégies territoriales comme une manière de qualifier la circulation transnationale des patient·es, perçue à la fois comme opportunité économique et comme marqueur de l'attractivité des systèmes de soin. Dans ses travaux récents, Sébastien Fleuret (2022) souligne cependant le flou qui entoure cette catégorie, tant dans ses définitions que dans ses usages. En l'absence de critère stabilisé pour distinguer les soins ordinaires du tourisme médical proprement dit, les chiffres avancés varient fortement selon les sources, allant de quelques dizaines de milliers à plusieurs millions de personnes dans le monde chaque année. Ces estimations sont souvent produites par des agences de promotion ou des acteurs économiques ayant intérêt à valoriser l'importance de ces flux. Tout un champ de la géographie de la santé s'est constitué autour d'un appel de prudence méthodologique face à ce constat : il ne s'agit pas d'écarter d'emblée la notion, mais de la resituer comme une construction discursive et stratégique, souvent surévaluée, qui mérite d'être interrogée au regard des formes concrètes que prennent les mobilités thérapeutiques observables sur le terrain, comme l'ont montré Beth Kangas (2002), Glenn Cohen (2011), Jonathan Crush et Abel Chikanda (2015), Audrey Bochaton (2015), Cooper *et al.* (2015) , ainsi que John Connell (2016).

Plutôt que de se focaliser sur une conception idéalisée et marketing du tourisme médical, ces recherches invitent à le décentrer pour mieux rendre compte des mobilités médicales ordinaires par-delà les systèmes de santé nationaux. L'inscription géographique de ces flux tend à montrer des circulations plutôt régionales, loin de l'image des

patient·es des pays du Nord se rendant dans un hôpital luxueux du Sud global. Marc Lautier (2005; 2008) montre par exemple qu'en Jordanie, en Tunisie ou en Malaisie, plus des deux tiers de la patientèle internationale viennent de pays voisins. En Tunisie, les patient·es libyen·nes et algérien·nes représentent l'immense majorité des mobilités médicales, loin devant les clientèles européennes ou d'Afrique de l'Ouest. De même, Malcolm Cooper, Kazem Vafadari et Mayumi Hieda (2015) rappellent que la frontière entre le Canada et les États-Unis constitue le premier espace en termes de flux monétaire pour ce type de soins dans le monde.

Les travaux d'Audrey Bochaton (2015) sur les mobilités médicales entre le Laos et la Thaïlande illustrent ce phénomène : en réponse aux déficits d'infrastructures au Laos, une patientèle transfrontalière régulière s'est constituée, cherchant dans le secteur privé thaïlandais des services perçus comme plus sûrs ou mieux équipés. Ce type de circulation repose sur des écarts d'offre et de confiance entre États, mais également sur des régimes de passage, des savoirs pratiques, des réseaux diasporiques et des dispositifs d'intermédiation. Il donne lieu à une véritable économie de la mobilité, articulant logement, transport, accompagnement et parfois prestations touristiques secondaires.

Ces mobilités transfrontalières reposent sur des réseaux denses, construits au fil du temps par les patient·es elles et eux-mêmes, souvent en réponse à l'absence ou à l'insuffisance de services de santé dans leur pays d'origine. Ce que confirme une large revue de la littérature récente consacrée aux mobilités thérapeutiques en cancérologie (1998-2025) : ces déplacements visent d'abord des soins vitaux et « ordinaires », rendus inaccessibles localement par des pénuries d'équipements et de compétences. Elle montre que partir à l'étranger en quête de soin relève ainsi fréquemment d'un non-choix imposé par ces contraintes structurelles (Schantz et al. 2025). Dans le cas de la Tunisie, les patient·es libyen·nes ont développé des pratiques routinières d'accès au soin à Sfax, fondées sur des chaînes informelles de connaissance, de recommandation et de soutien logistique. Comme l'ont montré Betty Rouland, Mounir Jarraya et Sébastien Fleuret (2016), mais aussi Hajra Sebei (2016), ces mobilités s'inscrivent dans des configurations où la frontière constitue un espace de transaction et d'interdépendance. Jonathan Crush et Abel Chikanda (2015) démontrent un phénomène similaire entre l'Afrique du Sud et ses pays limitrophes, tout comme Meghan Ormond (2013) montre comment la Malaisie se place au cœur d'un tel système.

Le cas asiatique, analysé notamment par Andrea Whittaker (2008), révèle justement une dynamique de formalisation du tourisme médical. L'Asie du Sud-Est devient une véritable plateforme internationale, non plus centrée sur les mobilités régionales, mais explicitement adressée à une patientèle occidentale. Ce positionnement repose d'une part sur un effet de surplus structurel dans certains systèmes de santé nationaux (comme en Thaïlande ou en Malaisie), conséquence d'investissements massifs dans l'offre privée tirant parti de la bonne infrastructure publique déjà présente dans ces pays. D'autre part, on peut analyser ce phénomène comme une forme de délocalisation

de la production des soins du nord vers le sud, selon des logiques proches de celles à l'œuvre dans d'autres secteurs industriels : coûts moindres, réglementations plus souples, attractivité fiscale et marketing ciblé. Cette configuration inscrit pleinement le capitalisme médical asiatique dans les régimes néolibéraux globaux, à la fois comme relais et comme zone d'accumulation secondaire du capital.

Aux circulations médicales ancrées dans les dynamiques régionales et les systèmes d'entraide se superposent des flux plus globaux, structurés par les logiques du marché et des stratégies de captation de patientèles internationales. Cette tension entre mobilités construites par le bas, enracinées dans les territoires, et mobilités soutenues par des logiques institutionnelles, économiques ou politiques plus globales ancrées dans le capital transnational, éclaire les ambivalences profondes des mobilités médicales contemporaines. Cette double dynamique traduit les tensions (et contradictions) qui traversent le capitalisme médical globalisé : entre, d'une part, une circulation de référentiels, d'infrastructures et de modèles organisationnels mondialisés, et, d'autre part, une localisation des patient·es et des pratiques qui reste fortement déterminée par les contextes régionaux, les réseaux d'agents et les crises structurelles des systèmes de santé. De plus, l'étude citée précédemment conduite par Clémence Schantz *et al.* (2025) identifie un angle mort de la littérature : les travaux sont exclusivement centrés sur la mobilité des patient·es et n'interroge que très peu la circulation des professionnel·les de santé et du capital médical.

Ces mobilités médicales sont ainsi produites autant par des stratégies d'expansion du capital que par des logiques de contournement ou de réparation face aux défaillances locales. Elles illustrent une tendance générale du capitalisme à déplacer spatialement ses contradictions, soit pour les contenir, soit pour les recomposer. C'est dans cette perspective que je propose d'opérer un déplacement théorique en direction de la notion de *spatial fix*, développée par David Harvey (1981), afin de proposer une lecture des reconfigurations territoriales du soin comme participant à la résolution des contradictions du capitalisme contemporain.

3 – *Spatial fix* et crises du capitalisme

Les mobilités médicales analysées précédemment révèlent une tension structurelle entre ancrage territorial et dynamiques globales. Elles traduisent une capacité du capitalisme médical à s'adapter, voire à se recomposer, à partir des crises structurelles qui affectent à la fois les systèmes de santé et les régimes d'accumulation du capital. Cette tension met en lumière la croissance soutenue de systèmes de santé privés dans des contextes où l'État se désengage ou peine à garantir un accès universel aux soins. À Sfax en particulier, cette dynamique se manifeste par une montée en puissance rapide du secteur médical privé dans des espaces nouveaux (Rouland et Jarraya 2020). Ce développement n'est pas isolé : il s'inscrit dans une logique plus large de réinvestissement de la survaleur issue des profits du capital, pour lesquelles l'ancrage spatial via le foncier

et l'immobilier en particulier devient un vecteur de rentabilité autant qu'un support d'accumulation.

En développant la notion de *spatial fix*, David Harvey éclaire les modalités par lesquelles le capitalisme, confronté à ses propres contradictions, tend à les déplacer et les contenir dans l'espace. Cette lecture s'inscrit dans la continuité d'une tradition critique de la géographie, qui trouve notamment sa généalogie dans les travaux d'Henri Lefebvre, et qui conçoit la production de l'espace (urbain en particulier) comme intrinsèquement liée à la reproduction des rapports capitalistes et me permet ici d'articuler les logiques de marché avec la matérialité de l'urbain.

Lefebvre (1974), dans ses travaux sur la production de l'espace, propose de distinguer en deux circuits les circulations du capital issues des profits de la production capitaliste. Le premier circuit renvoie à la sphère de la production industrielle : le capital y est investi dans la production de marchandises, selon une grille de lecture marxiste classique identifiant les rapports de production et la détention du capital productif. Le second circuit, en revanche, concerne les investissements dits indirects, en particulier ceux réalisés dans le foncier et l'immobilier, que Lefebvre identifie comme les supports spéculatifs d'une valorisation du capital. Ces investissements visent à capter une survaleur en spéculant sur la transformation de la valeur du foncier urbain, dont le prix est largement déterminé par des facteurs extérieurs au seul investissement, comme la densité des équipements, l'accessibilité, la réputation ou les effets d'agglomération.

Le second circuit du capital est fondamental pour comprendre la dynamique urbaine sous le capitalisme, car il permet d'absorber temporairement les excédents de capital, tout en reconfigurant matériellement les espaces urbains. Cette logique fait de l'espace urbain, selon Lefebvre, non pas un décor des activités économiques, mais bien l'un de ses produits comme forme spécifique d'accumulation capitaliste. Le capital immobilier, parce qu'il repose sur des logiques spéculatives liées à la localisation et à la valorisation des terrains, capte une part de la valeur produite collectivement. C'est ici que repose la contradiction fondamentale de cette production urbaine capitaliste, car cette valeur est captée et privatisée par les détenteurs du capital foncier, ce qui produit des régimes d'inégalités socio-spatiales. Si c'est ce qui fondera les analyses ultérieures d'Henry Lefebvre sur le droit à la ville, cela a également ouvert un champ saisi par David Harvey à la fin des années 1980, qui voit dans cette lecture en « circuits du capital » une amorce de réponse territorialisée aux crises d'accumulation du capital. En prolongeant la réflexion d'Henry Lefebvre, David Harvey resitue son analyse dans le contexte historique de la mondialisation néolibérale et introduit la notion de *spatial fix*. Ce changement d'échelle permet d'articuler les dynamiques locales d'ancrage du capital à des logiques transnationales, en cohérence, notamment, avec le caractère pluriscalaire des mobilités médicales que l'on observe à Sfax.

Conçu comme un jeu de mots polysémique, le *spatial fix* repose sur trois significations entremêlées du verbe anglais *to fix*. Il s'agit d'abord de « réparer » : dans les périodes de crise, le capitalisme cherche à se stabiliser en investissant dans l'espace, pour différer ses propres contradictions. Ensuite, de « fixer dans l'espace » : les investissements s'ancrent dans des infrastructures ou de la rente foncière. Enfin, le *fix* désigne une forme de dépendance (comme dans l'usage des psychotropes consommés par injection) : les structures ainsi créées deviennent nécessaires à la poursuite de l'accumulation, ce qui entraîne de nouveau un cycle de suraccumulation puis d'investissement dans des actifs spéculatifs territorialisés.

Le *spatial fix* se manifeste en deux modalités principales, que David Harvey a distinguées plus tardivement dans ses écrits (Harvey 2005). D'abord l'*inner fix,* qui renvoie à l'immobilisation du capital sous forme d'investissements à long terme dans des espaces déjà urbanisés. Il s'agit, comme le souligne Max Rousseau (2011) d'une manière pour le capital d'« acheter du temps » face à ses tendances structurelles à la suraccumulation, en le convertissant en projets d'infrastructure ou en actifs immobiliers qui, à terme, améliorent les conditions de valorisation du capital et sa profitabilité. Cette fixation se manifeste notamment par la densification urbaine, la financiarisation du logement ou la privatisation de services publics, autant de mécanismes qui ancrent le capital dans l'espace tout en augmentant la productivité globale du système.

Ensuite l'*outer fix*, qui correspond quant à lui à l'exportation du capital excédentaire vers de nouveaux territoires. Il s'agit ici de projeter l'accumulation au-delà de l'espace d'origine d'exploitation du capital, dans des régions perçues comme plus rentables ou moins saturées. David Harvey montre notamment comment les pays du Sud ont été la cible de cette circulation externe de la survaleur du capital du Nord. Ce déplacement géographique permet de différer temporairement les contradictions du capitalisme, mais tend à en généraliser les effets à l'échelle globale. Comme le souligne Harvey, cette logique expansionniste est au cœur de la mondialisation néolibérale, et elle implique une recomposition profonde des hiérarchies territoriales, des dispositifs locaux tentant parfois de retenir ou d'attirer les investissements internationaux au prix d'une mise en concurrence accrue entre les espaces urbains.

Ces deux formes de *spatial fix* doivent être envisagées non comme des dynamiques opposées, mais comme des réponses complémentaires aux contradictions de l'accumulation capitaliste. Elles permettent de comprendre pourquoi et comment l'espace devient un enjeu stratégique majeur, tant pour le capital que pour les sociétés qui en subissent les effets. Dans le champ médical capitaliste, ces outils permettent une lecture conjointe des phénomènes d'expansion locale des infrastructures médicales à Sfax et de leur inscription dans des logiques transnationales. Ils seront néanmoins à préciser dans le cadre d'une lecture fine des effets du champ médical capitaliste sur le territoire sfaxien.

4 – La production urbaine ordinaire néolibérale

Si le cadre du *spatial fix* et les travaux d'Harvey permettent de saisir les recompositions globales de la ville néolibérale en tant qu'espace de captation et de valorisation du capital, il est nécessaire de compléter cette lecture par une approche plus fine, attentive aux processus locaux, aux échelles d'action et aux agents ordinaires qui participent à cette fabrique urbaine. Comme discuté précédemment, ces logiques d'accumulation s'ancrent dans des formes inégalitaires de gouvernance. Mais elles produisent aussi des effets spécifiques sur l'organisation sociale des villes, les hiérarchies spatiales, et les inégalités d'accès aux ressources. En plaçant l'analyse à la suite d'une littérature en géographie urbaine marxiste, je propose de réancrer le cadre du capitalisme médical à l'échelle de la ville vécue, celle des services, des usages et des arbitrages quotidiens. De manière à comprendre comment le néolibéralisme s'implante, se module et se rend opératoire dans les espaces urbains. Il s'agit également ici d'être attentif au fait que les cadres théoriques développés précédemment ont été forgés en particulier dans les pays du Nord. Or, le contexte sfaxien ne saurait être lu sans l'intégrer à une conceptualisation produite, aussi, depuis les Suds.

Loin de se réduire à des dynamiques globales descendantes, la néolibéralisation urbaine s'ancre dans des configurations locales précises (Pinson 2020), où l'émergence de figures entrepreneuriales participe activement à la reconfiguration des modes de production et de gouvernement de la ville. Une littérature critique a mis en lumière dès les années 1970, dans le contexte nord-américain, le rôle clé des *business élites* dans l'orientation des politiques urbaines. Timothy Barnekov et Daniel Rich (1977) ont ouvert cette réflexion en montrant comment les élites économiques locales, organisées autour de comités de développement, ont su se constituer en contre-pouvoir privé doté d'une capacité de décision et d'action équivalente à celle de certaines institutions publiques. Ces comités, souvent composés de représentant·es des grandes entreprises locales (banques, assurances, industries, développeurs immobiliers), agissent comme des gouvernements parallèles, qui orientent la planification urbaine en fonction des intérêts économiques qui les sous-tendent, tout en se prévalant d'un discours de responsabilité sociale. Leur action s'est néanmoins réduite à leurs intérêts directs ou indirects, ignorant les effets globaux de la planification urbaine.

Dans le même temps, la délégation des services publics urbains à ces acteurs privés s'inscrit dans une dynamique plus large de réforme néolibérale de l'action publique. Jamie Peck (1995) analyse finement ces processus, en soulignant que l'appel à des figures entrepreneuriales pour gérer ou redynamiser les services urbains repose sur une idéologie de l'efficacité, de l'innovation et de la compétition. Toutefois, cette privatisation des compétences s'accompagne d'effets ambivalents. Peck souligne que, loin d'améliorer systématiquement la performance des services publics, l'introduction de logiques concurrentielles tend souvent à fragiliser leur cohérence opérationnelle : mise en concurrence entre opérateurs, fragmentation des responsabilités, effets d'opacité

sur les résultats et accentuation des inégalités d'accès pour les usager·es. Il met en garde contre une lecture trop fonctionnaliste du rôle de ces élites entrepreneuriales : présentées comme des relais d'efficacité et d'innovation, elles peuvent au contraire, par l'imposition de logiques marchandes, affaiblir les politiques de solidarité et contribuer indirectement à la reproduction des crises qu'elles sont supposées résoudre.

Ces analyses permettent de dépasser la vision purement institutionnelle de la gouvernance urbaine pour y réintroduire une lecture sociologique et critique, qui interroge les formes de pouvoir et les reconfigurations sociales qu'elles induisent. Elles soulignent enfin que la ville n'est pas qu'un terrain d'application de logiques globales, mais un espace de production active de l'ordre néolibéral, à travers l'interaction complexe entre acteurs publics, privés et hybrides. Néanmoins, Marianne Morange et Sylvie Fol (2014), dans leur introduction au numéro thématique « Néolibéralisation, ville et justice spatiale » de la revue *Justice spatiale | Spatial Justice*, insistent sur la nécessité de provincialiser les théories produites depuis les métropoles du nord au sujet du néolibéralisme et de la production urbaine. Si les travaux nord-américains ont largement structuré la critique du néolibéralisme urbain autour des figures entrepreneuriales et des processus de privatisation, ces cadres peinent à saisir les spécificités historiques, politiques et sociales des villes des Suds. L'héritage colonial, les régimes de gouvernement autoritaires, les inégalités foncières structurelles, la constitution des élites ou encore l'informalité institutionnalisée appellent une relecture située des dynamiques de néolibéralisation.

Les travaux coordonnés par Franck Poupeau (2008), Susan J. Spronk (2009) ou Sylvie Jaglin et Marie-Hélène Zérah (2010) insistent sur les reconfigurations qui émergent lorsque l'État, parfois défaillant, délègue des compétences à des communautés locales ou à des acteurs privés. Cette délégation ne conduit pas systématiquement à une dégradation du service, elle peut, dans certains cas, ouvrir des opportunités d'accès et d'emploi pour des populations marginalisées. Mais elle repose aussi sur des montages institutionnels fragiles, fortement dépendants des financements extérieurs, et sur des régimes de participation communautaire dont l'efficacité et le régime d'égalité qu'elles promeuvent sont souvent remis en cause.

L'exemple des services en réseau revient régulièrement dans la littérature pour montrer la manière dont la gouvernementalité néolibérale urbaine fabrique des inégalités d'accès, y compris dans le cas de politique ciblant explicitement les catégories sociales les plus précaires. À El Alto (Bolivie), l'analyse de Franck Poupeau (2008) montre que la concession dite « *pro-poor* » a instrumentalisé la participation comme levier de réduction des coûts, en transférant vers les ménages la charge financière et logistique des raccordements. Microcrédit, bénévolat et ONG ont entretenu une gestion hybride assurant la rentabilité de l'opérateur sans extension significative de la couverture dans les périphéries. La renationalisation de 2007 reconduit en partie ces modalités, révélant la continuité des dispositifs au-delà du changement de propriété. Ce cas invite à

relativiser les promesses émancipatrices de la privatisation en contexte postcolonial et met en évidence une dualisation structurelle des services : réseaux performants pour les quartiers solvables, solutions dégradées pour les périphéries.

Dans ce contexte, l'émergence du capitalisme médical peut être lue à la fois comme un moteur de transformation urbaine et comme un produit de la fabrique néolibérale des villes. En s'insérant dans les dynamiques de réforme des services, de captation foncière et de mobilisation d'expertises privées, il s'agira de comprendre comment ses agents participent à la recomposition concrète d'un territoire urbain situé au sud. Les cliniques, hôpitaux, centres d'imagerie, ainsi que les infrastructures annexes (laboratoires, hôtellerie médicale, transport sanitaire, etc.) ne relèveraient dans ce contexte pas simplement de la logistique fonctionnelle : ils reconfigureraient les hiérarchies spatiales, en valorisant certains espaces urbains à forte rentabilité en y ancrant le capital. Les études citées dans cette section permettent de montrer que le processus ne repose pas uniquement sur des injonctions découlant de l'état ou d'agents globaux. Il implique aussi des figures locales montantes, entrepreneuriales (que l'on suppose émerger du champ médical) qui trouvent dans ce contexte les moyens de valoriser leur position et de participer à la gouvernance urbaine. Ces élites, à la fois insérées dans les circuits professionnels et articulées aux logiques foncières ou commerciales, incarnent une nouvelle configuration du pouvoir local.

Mais cette lecture ne peut se soustraire à la considération de l'autre versant de ces économies urbaines : celui des marges, des circuits informels de la ville où coexistent des agents aux fonctions d'intermédiation, de solidarité et d'assistance par le bas, comme l'ont montré les travaux cités précédemment de Bochaton (2015), Crush et Chikandas (2015) ou Rouland, Jarraya et Fleuret (2016). Loin d'être périphériques, ces modes informels sont constitutifs de l'écosystème médical urbain : ils pallient les carences du système formel tout en produisant des formes d'économie territorialisée. En ce sens, le capitalisme médical peut être analysé comme un système dialectique entre dominant·es et dominé·es, mais qui dépasse le simple cadre de la production des soins pour s'ancrer dans la production urbaine. Il doit être pensé à l'interface entre accumulation formelle et pratiques informelles, entre ancrage local et logiques globales, entre institutions et contournements.

Conclusion de section

Le capitalisme médical sfaxien, tel qu'il se manifeste dans l'espace urbain, ne saurait être compris en dehors de la dynamique plus large de la production capitaliste de la ville. En articulant filières économiques, inscriptions transnationales et ancrage du capital, cette dernière section pose l'hypothèse que les pratiques et discours des agents du soin contribuent à la territorialisation d'un ordre médical structuré, inégal et hiérarchisé. Loin de se limiter à une extension matérielle des infrastructures de santé, cette fabrique urbaine s'ancre dans une logique d'anticipation et de captation de valeur,

dans laquelle la ville est un support d'appropriation, d'accumulation et de spéculation. Ce processus reposerait ainsi sur la mobilisation de ressources foncières, l'investissement immobilier et l'insertion dans des flux transnationaux de patientèles et de capitaux. En ce sens, Sfax pourrait apparaître comme un lieu d'ancrage du capitalisme médical, mais aussi comme un espace produit, recomposé et saturé par ses logiques, ce qu'il s'agira de démontrer empiriquement.

Cependant, réduire la ville à une simple expression de la domination capitaliste serait ignorer la complexité des dynamiques urbaines observées. Les différents usages de l'espace, les appropriations par le bas, les formes d'intermédiation et les bricolages quotidiens témoignent de la pluralité des logiques à l'œuvre et de la capacité des agents à redéfinir partiellement les règles du jeu. En cela, Sfax ne peut être analysée au seul prisme de la production subordonnée de l'espace par une classe capitaliste ayant renversé l'ordre étatique et social en sa faveur. À l'image de nombreuses villes des Suds, du surcroît de taille moyenne, elle est plutôt le théâtre de négociations, d'initiatives ambivalentes, et de tensions entre reproduction des inégalités et aspirations à d'autres formes d'urbanité, souvent en compensation d'un état postcolonial défaillant. Comprendre la ville comme un produit du capitalisme médical suppose donc d'en analyser les contradictions internes, les rapports de pouvoir qui s'y jouent, mais aussi les marges d'autonomie et les pratiques de contournement.

Conclusion de chapitre

En partant de la notion de capitalisme médical, ce premier chapitre a proposé une lecture située et critique des transformations de la production de soins, en l'articulant aux dynamiques plus larges du capitalisme sanitaire et néolibéral. Trois dimensions principales ont été mises en évidence :

- l'inscription historique des politiques de santé dans une rationalité disciplinaire et productiviste, recomposée sous le néolibéralisme comme un secteur marchand et d'accumulation
- la structuration du champ médical comme espace social dominant et hiérarchisé, traversé par des logiques de pouvoir, de distinction et à l'interface entre les logiques d'autres champs dominants comme le champ économique
- l'inscription territoriale du capitalisme médical, à travers la notion de filière, les circulations transnationales et le spatial fix inhérent au capitalisme urbain contemporain.

Ces dynamiques s'inscrivent dans des agencements territoriaux : filière médico-économique, circulations transnationales des patient·es, dispositifs d'intermédiation, et investissements dans le circuit secondaire du capital. L'espace urbain apparaît non seulement comme le support, mais aussi comme un produit du capitalisme médical, dans lequel s'articulent des logiques d'accumulation, d'inégalités socio-spatiales et de circulation du capital. Cette lecture s'inscrit dans une perspective critique des transformations de la ville, qui fait écho à l'analyse de Gilles Pinson dans son ouvrage *La ville néolibérale* (2020). Ce dernier identifie trois registres d'analyse, que le chapitre a mobilisés de manière articulée : une lecture foucaldienne, attentive aux technologies de gouvernement et à la diffusion des normes sociales et sanitaires ; une approche bourdieusienne, centrée sur les luttes de pouvoir dans le champ de la santé ; et une lecture ancrée dans l'héritage marxiste contemporain pour resituer l'urbain dans les dynamiques sociales et spatiales d'accumulation et de *spatial fix*. C'est dans ce cadre théorique pluriel que se situe l'analyse du terrain de cette thèse : en choisissant de centrer l'enquête sur une ville secondaire du Sud global comme Sfax, il ne s'agit pas seulement d'explorer un cas empirique, mais de mettre à l'épreuve ces outils dans un contexte postcolonial, intermédiaire, ni métropolitain ni marginal, où les logiques du capitalisme médical se donnent à voir avec une intensité particulière. Le chapitre suivant propose ainsi de recontextualiser historiquement et géographiquement ce terrain d'enquête, pour en préciser les spécificités qui en font un espace pertinent d'observation du capitalisme médical contemporain.

Chapitre 2 – De l'olivier au bistouri : la fabrique de l'espace capitaliste sfaxien

Dans le prolongement du chapitre précédent, qui a posé les bases théoriques et critiques du capitalisme médical comme phénomène socialement et spatialement situé, ce chapitre propose une lecture territorialisée des dynamiques d'accumulation à Sfax. Il s'agit de comprendre comment les logiques contemporaines du capitalisme médical s'enracinent dans des rapports de production plus anciens, forgés au croisement d'une domination agraire, de l'histoire coloniale et des reconfigurations autoritaires de l'État post-indépendance. En s'inspirant des travaux de Muldi Lahmar (1994) sur les recompositions rurales dans le Maghreb entre le 19e et le 20e siècle *Du mouton à l'olivier*, ce chapitre esquisse un prolongement de ce cheminement « de l'olivier au bistouri », pour interroger la continuité historique entre capitalisme agraire et médical dans le territoire sfaxien.

Sfax ne peut être saisie uniquement comme une ville secondaire du Sud tunisien. Elle apparaît comme une configuration territoriale plurielle, prise dans des tensions entre ruralité et urbanité, centralisation et autonomie, héritage colonial et recompositions néolibérales. Ce chapitre propose d'appréhender la ville comme un produit dialectique des rapports de pouvoir entre État et bourgeoisie. La bourgeoisie sfaxienne étant entendue ici comme la classe possédante, selon des modalités différentes au fil des époques, des terres et outils de production du territoire sfaxien. Trois moments soutiennent cette analyse. La première section revient sur l'ancrage territorial du capital sfaxien, en retraçant la formation historique d'un capitalisme agraire, foncier et marchand porté par une bourgeoisie locale alliée à la colonisation sous la forme d'une « systémogénèse » (Auriac 1983; Orain 2009). La deuxième section montre comment ces logiques se prolongent dans la fabrique urbaine contemporaine, à travers des formes d'urbanisation marquées par la spéculation foncière, la fragmentation des régimes d'aménagement et une conflictualité entre intervention publique et intérêts privés. Enfin, la dernière section s'attache à la territorialisation du système de soins, en soulignant l'articulation entre infrastructure médicale, dynamiques foncières et segmentation sociospatiale.

Ce chapitre entend ainsi contribuer à comprendre les ressorts du capitalisme médical sfaxien, en montrant comment ses formes contemporaines prolongent des logiques territoriales plus anciennes, tout en réaffirmant le rôle actif des élites locales dans l'appropriation, la reconfiguration et la spéculation sur l'espace urbain. Une telle

lecture permet d'ancrer les terrains de la thèse dans le cadre théorique proposé précédemment et d'en dresser le cadre général.

Au-delà de ces éléments généraux, il s'agit également de situer l'analyse empirique de la thèse et pour ce faire d'en présenter les espaces, lieux principaux et toponymes. Dans la littérature scientifique contemporaine, Sfax peut renvoyer à plusieurs réalités politiques, économiques et administratives. Si aujourd'hui la géographie sfaxienne s'attelle à questionner le caractère métropolitain de Sfax (Bennasr 2006; Bennasr, Megdiche et Verdeil 2014; Bennasr et al. 2015; Haj Taieb 2020), il faut aussi considérer l'enchevêtrement de limites auquel ce nom peut renvoyer :

Toponymie et divisions administratives du territoire sfaxien

Je propose en premier lieu un détour par le découpage administratif et les toponymes associés à Sfax. Celui-ci permet de mieux comprendre les échelles d'action, de gouvernance et de planification dans lesquelles s'inscrivent les dynamiques spatiales analysées dans ce chapitre. Trois niveaux sont nécessaires pour cette compréhension : le gouvernorat, les délégations, et les municipalités. La hiérarchie administrative tunisienne hérite directement de la centralisation autoritaire mise en place par les régimes de Bourguiba et Ben Ali, eux-mêmes redevables à l'héritage colonial français. Le gouvernorat de Sfax, équivalent d'une « région » administrative, représente l'échelon principal de déconcentration de l'État. Il est dirigé par un·e gouverneur·e nommé·e[9] par le ministère de l'Intérieur. Les gouvernorats disposent de compétences étendues en matière de planification, de santé, d'administration économique, politique et d'aménagement du territoire. Cette institution est la principale interlocutrice des acteur·ices du territoire. Sous les régimes autoritaires, le gouvernorat jouait un rôle central dans le contrôle territorial et la reproduction du clientélisme, en orchestrant la délégation du pouvoir à des échelons inférieurs, eux aussi nommés et dépendants du pouvoir central (Hibou 2006b). Aujourd'hui encore, malgré les réformes de décentralisation post-2011, les gouvernorats restent les centres névralgiques du pouvoir territorial, tant en termes de compétences que de budget (Bennasr et al. 2015).

[9] Bien que très majoritairement masculine, quelques femmes exercent ou ont exercé cette fonction.

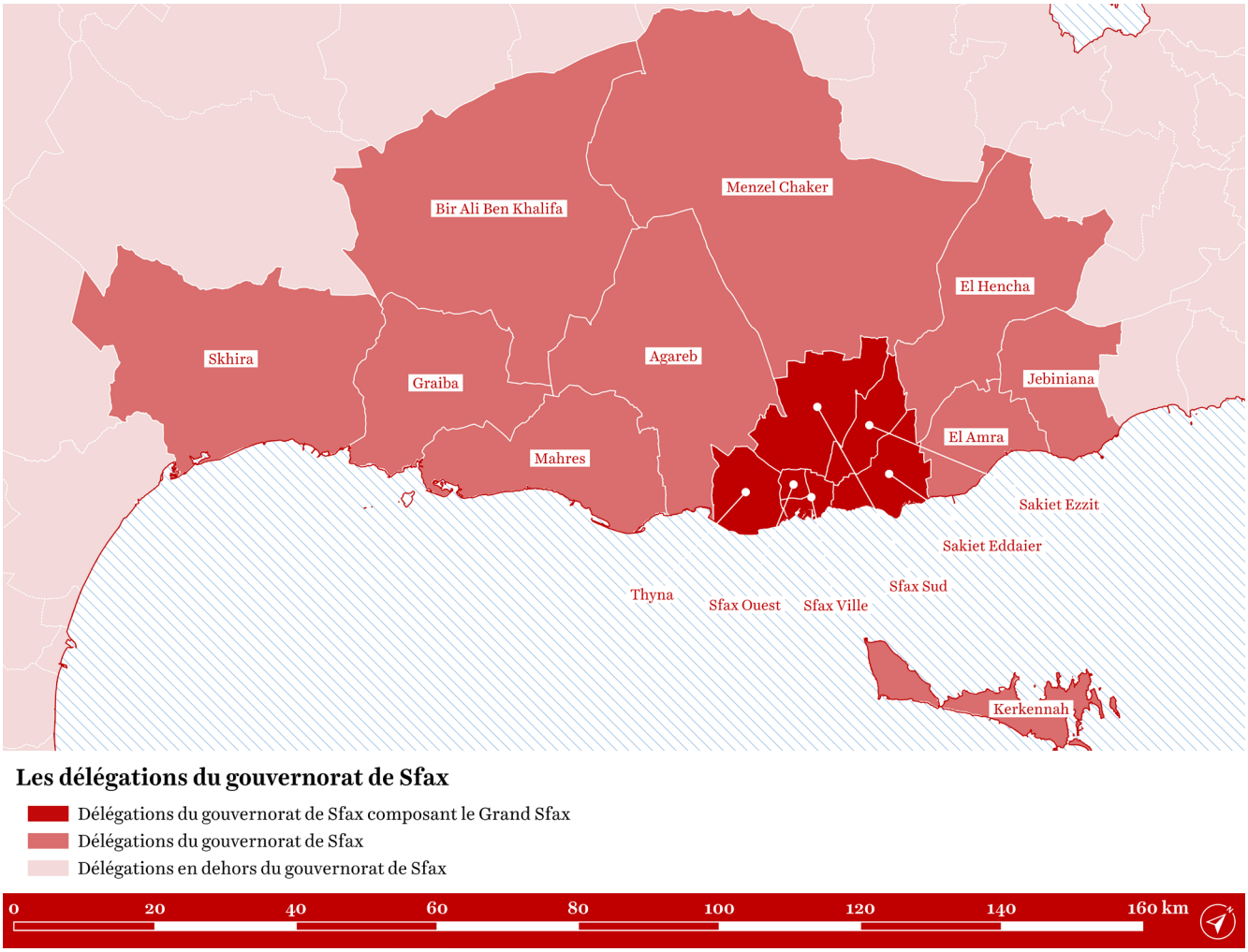


Figure 3 – Carte du gouvernorat de Sfax et de ses subdivisions principales. Réalisation : Théo Maurette 2025.

Le gouvernorat de Sfax est subdivisé en délégations (*muetamidias*), elles-mêmes divisées en *imadas* (secteurs) (Figure 3). Cette organisation pyramidale, calquée sur le modèle colonial, sert à distribuer localement les politiques publiques, mais aussi à entretenir un contrôle fin de la population. Les représentant·es à la tête de ces entités ne sont pas élu·es, mais nommé·es par l'État, en l'occurrence par le ministère de l'Intérieur, au même titre que les gouverneur·euses.

Sous les régimes autoritaires, ce maillage dense constituait l'ossature du contrôle territorial : jusqu'aux comités de quartiers informels, qui jouaient un rôle panoptique de relais du pouvoir (Hibou 2006a). Ce réseau est toujours opérationnel, même s'il a été partiellement déstabilisé après la révolution. Il demeure important dans les logiques de planification, de régulation foncière ou de contrôle policier à l'échelle locale.

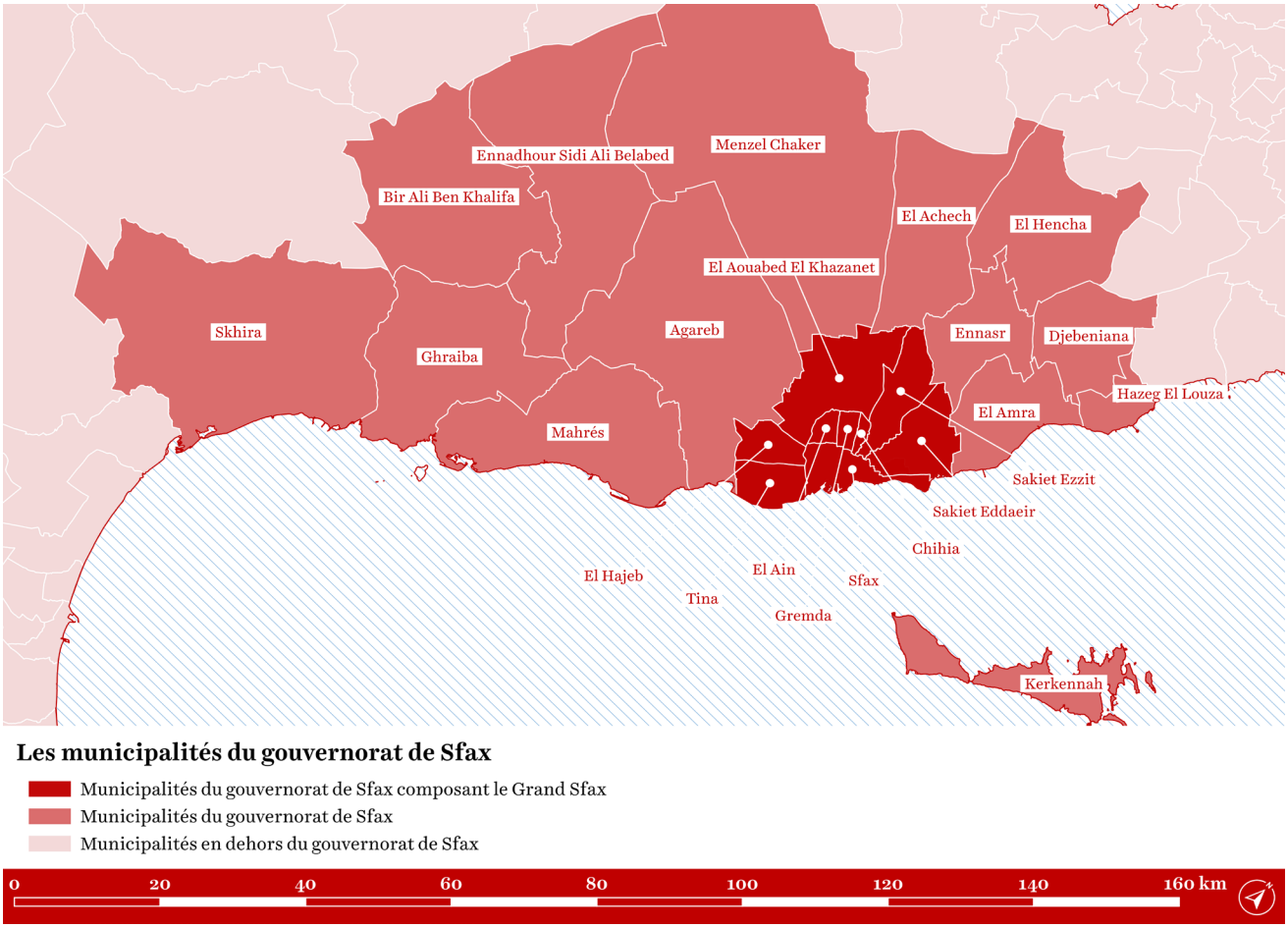


Figure 4 – Carte des municipalités du gouvernorat de Sfax. Réalisation : Théo Maurette 2025.

Les municipalités (Figure 4) constituent un autre type de découpage territorial, issu des politiques de décentralisation. Dotées d'une personnalité morale et d'un budget propre, elles sont (théoriquement) gouvernées par un conseil élu et présidées par un·e maire. Contrairement aux gouvernorats, elles relèvent d'une logique de démocratie locale. En pratique, leur autonomie reste très limitée : les gouverneur·es assistent aux conseils municipaux et orientent les décisions majeures. Si la réforme de 2011 a posé les bases d'une décentralisation politique, les premières élections municipales n'ont eu lieu qu'en 2018 et les conseils ont été dissous en 2023[10] sans renouvellement depuis. L'absence de relais démocratique stable limite fortement leur capacité d'action. En outre, les municipalités entretiennent une distinction entre aménagement urbain et aménagement rural, qui contribue à fragmenter les compétences et les modes de gouvernance (Amara-Fadhel, Ben Moussa-Jerbi et Hendaoui-Ben Tanfous 2021).

[10] Le président Kaïs Saïed a ordonné leur dissolution en mars 2023, promettant une stabilisation politique et la convocation de nouvelles élections qui, à la date de rédaction de cette thèse, n'ont toujours pas été officiellement annoncées. En lieu et place se sont tenues, entre décembre 2023 et 2024, des élections visant à faire élire les membres des nouvelles assemblées introduites par la révision constitutionnelle adoptée (avec une très faible participation) en 2022.

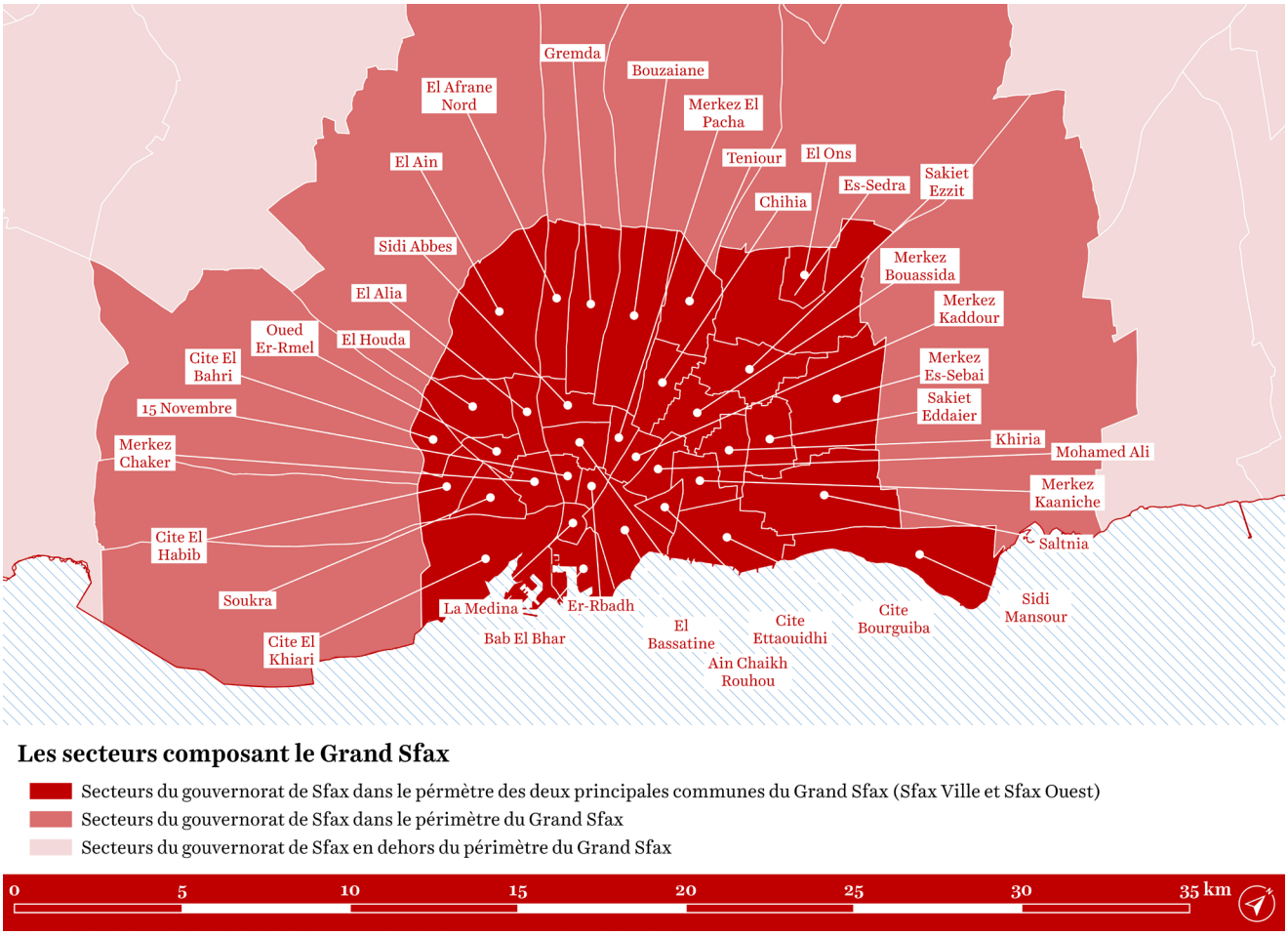


Figure 5 – Carte des secteurs composant le Grand Sfax. Réalisation : Théo Maurette 2025.

Enfin, la ville de Sfax est décomposée en secteurs (Figure 5) dont une partie centrale compose ce qui est informellement appelé le « Grand Sfax », notamment dans la littérature scientifique (Skander Charfi 1982; Dlala 1995; Baklouti 2005; Jarraya 2009; Ben Fguira 2020). Le terme est apparu dès les années 1980 pour désigner les secteurs les plus urbanisés entourant Sfax, mais qui ne font pas explicitement partie d'une collectivité établie. Ces secteurs seront souvent cités dans ce travail, puisqu'ils correspondent généralement à l'échelle des quartiers de la ville identifiés par les personnes interrogées. Ces divisions administratives ne sont pas de simples outils de gestion territoriale : elles participent activement à la construction sociale et politique du territoire sfaxien. Comprendre les mécanismes de contrôle, de délégation et d'aménagement associés à ces entités permet d'appréhender les dynamiques spatiales et les inégalités territoriales analysées dans ce chapitre sous un angle à la fois structurel et historique.

A – L'ancrage territorial du capital sfaxien : du foncier agricole à la rente citadine

L'émergence du capitalisme médical à Sfax ne peut être comprise sans revenir sur les conditions historiques et territoriales d'accumulation du capital. Il s'est constitué, depuis la rente foncière agricole jusqu'à la rente urbaine, dans un système d'accumulation territorialisée. Cette section propose d'en restituer les mécanismes, en partant du constat que la trajectoire spatiale et économique de Sfax ne relève ni d'un développement linéaire ni de la réplication locale de logiques globales. Elle renvoie au contraire à une production territoriale spécifique, où des régimes différents de production et d'accumulation, parfois contradictoires, se mêlent à des formes d'ancrage durable du capital.

Pour éclairer ces dynamiques, le concept de « systémogénèse » développé par Franck Auriac (1983) offre un cadre d'analyse pertinent. Comme le rappelle Olivier Orain (2009), la systémogénèse désigne une manière de comprendre comment un espace devient un territoire structuré dans le temps, à travers l'articulation entre formes spatiales, acteur·ices et régulations sociales. Elle permet de saisir les configurations territoriales comme des systèmes ouverts, articulant des formes spatiales matérielles, des réseaux et des régimes de régulation en relation avec l'extérieur. Cette approche, qui réfute les déterminismes géomorphologiques, met l'accent sur les logiques de construction territoriale dans la durée, en soulignant le rôle structurant des rapports sociaux dans l'agencement des formes spatiales. Le territoire n'est ainsi pas un support neutre des activités humaines, mais une production socio-spatiale située.

Appliquée à Sfax, cette grille de lecture invite à restituer les conditions de possibilité spatiales et sociales de l'accumulation capitaliste locale : formes de propriété foncière, structuration communautaire du capital, segmentation fonctionnelle de l'espace urbain et rapport ambivalent à l'État. Elle permet également de saisir les transformations contemporaines du capitalisme sfaxien non comme une rupture radicale, mais comme l'aboutissement d'un processus de reconfiguration enraciné dans le temps long des transformations du territoire. Le capitalisme sfaxien émerge à l'intersection de structures foncières héritées de la période précoloniale, d'une économie marchande fortement organisée autour de logiques familiales, et de l'insertion progressive de la ville dans des circuits économiques transnationaux, notamment renforcée par la colonisation française (Ferguene 2001). Les formes anciennes d'accumulation ont ainsi constitué un socle sur lequel se déploie aujourd'hui le capitalisme médical, sans pour autant disparaître. Cette section propose ainsi de retracer les principales étapes de cette systémogénèse territoriale du capital sfaxien, depuis les régimes fonciers coloniaux et la constitution d'un capitalisme centré sur des filières spéculatives agricoles et foncières. La carte du système régional sfaxien permettra d'appuyer cette lecture à la fois spatiale et historique (Figure 6 ci-après).

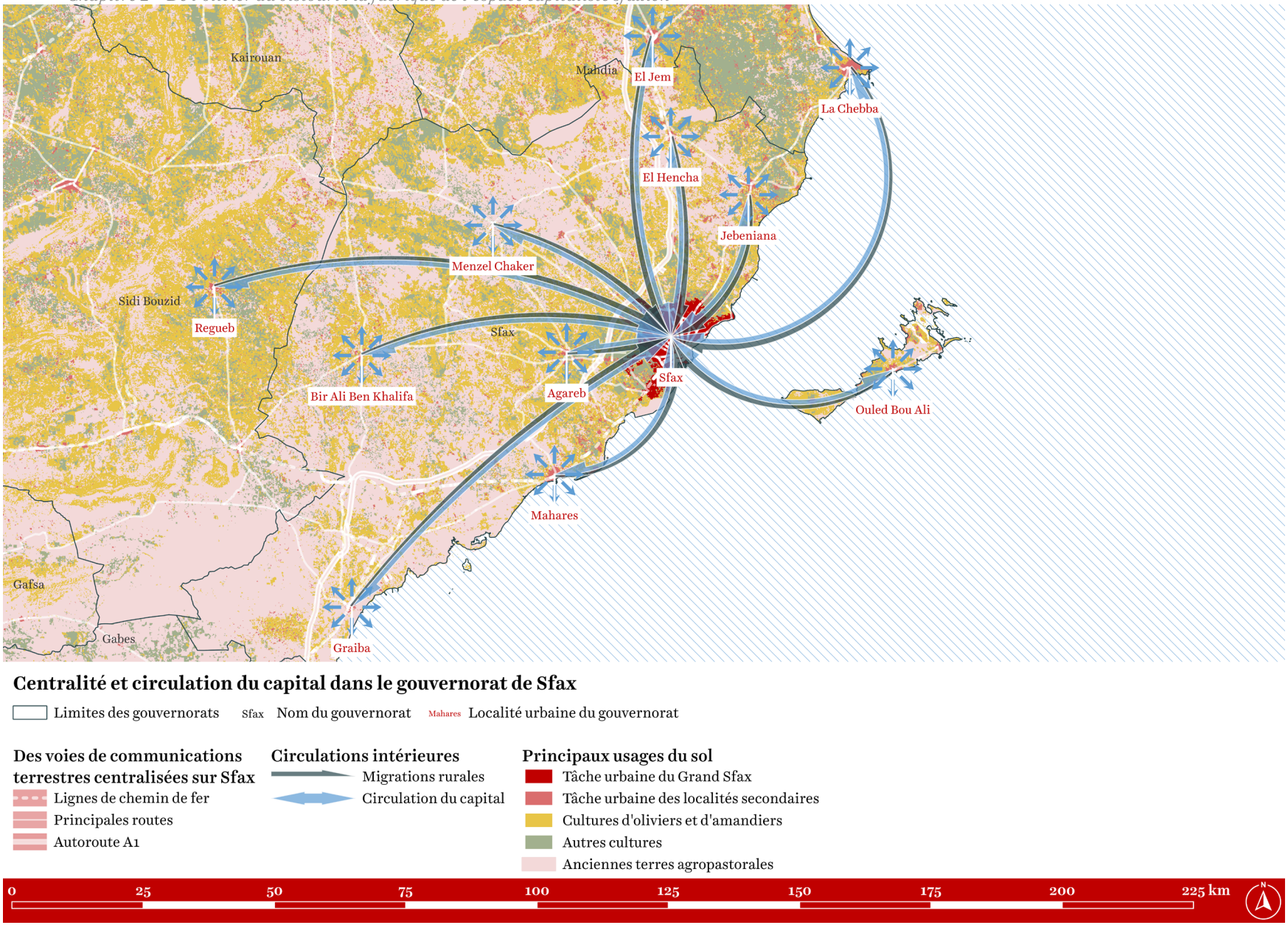


Figure 6 – Carte des circulations du capital dans le gouvernorat de Sfax. Source : Fondation des Nations unies pour l'agriculture, rapport de Sarvia et al. (2014). Réalisation : Théo Maurette 2025.

1 – Une domination agraire et coloniale : systémogénèse de l'économie capitaliste sfaxienne

Le capitalisme sfaxien s'est historiquement constitué dans une économie foncière articulant les potentialités agropastorales d'une vaste plaine, à l'interface entre un climat aride et semi-aride, et les échanges marchands à l'échelle méditerranéenne. Ce double ancrage local et régional a permis l'émergence d'un modèle d'appropriation du territoire centré sur l'exploitation oléicole, dont la structuration a été renforcée au fil des réformes foncières modernes. À partir du 18e siècle, la famille Siala, issue d'une lignée de notables de Sfax, impose un contrôle féodal sur les terres de la plaine, en rupture avec les régimes agropastoraux et les biens *habous* issus du droit malékite, qui structuraient jusqu'alors un usage mouvant et collectif du sol (Hadjigeorgiou 2000). Cette transition marque l'entrée progressive du territoire sfaxien dans une logique de propriété exclusive, prélude à la capitalisation foncière qui s'intensifiera sous la colonisation.

La Figure 6 ci-dessus, dont le fond dépeint les données satellitaires d'occupation des sols de la FAO (Sarvia *et al.* 2024), rend compte de cette trajectoire historique : elle montre la prédominance des oliveraies sur l'ensemble du gouvernorat, en particulier au sud-ouest de la ville, où la culture arboricole a supplanté les pratiques agropastorales. Cette répartition illustre la manière dont les logiques d'accumulation se sont sédimentées dans l'espace autour des pôles urbains, renforçant la centralité de Sfax comme ville d'administration du capitalisme agraire. La lecture de cette configuration spatiale, loin d'être seulement descriptive, montre un régime de pouvoir sur et par le foncier qui continue d'irriguer les rapports entre centre urbain et périphérie rurale. En ce sens, le territoire sfaxien, tel que l'entend Claude Raffestin (1982), apparaît bien comme le produit d'un processus historique d'appropriation, façonné par la capacité d'agents dominants à stabiliser leur emprise sur des ressources localisées et durables.

La période précoloniale tardive constitue un moment charnière dans l'émergence d'un capitalisme agraire porté par une bourgeoisie citadine sfaxienne en pleine ascension. Mohamed Fakhfakh (1976) décrit comment, en réaction à la domination foncière de la famille Siala, qui contrôle alors de vastes étendues selon des logiques féodales, la bourgeoisie marchande parvient à obtenir du pouvoir central, en particulier du bey, des concessions leur permettant d'exploiter directement les terres situées en périphérie de la ville. Cette stratégie vise à contourner les monopoles terriens traditionnels et amorce un basculement dans la logique d'exploitation du territoire. À travers ce processus, la bourgeoisie sfaxienne engage une dynamique d'appropriation foncière qui préfigure les transformations opérées sous la colonisation. Loin d'être marginale, cette classe sociale qui s'est enrichie notamment grâce au commerce international transméditerranéen et transsaharien devient l'un des moteurs de la restructuration agraire dans la région, mobilisant ses capitaux pour convertir les terres collectives ou *habous* en exploitations privées orientées vers une production intensive, notamment oléicole. Le travail de Hafedh Séthom (1992) met en lumière cette phase d'alliance entre le pouvoir

politique central et les intérêts économiques sfaxiens, qui marque le début d'une emprise territoriale fondée sur une articulation entre capital citadin et propriété foncière rurale. Ainsi se dessinent les premiers contours d'un capitalisme agraire local, bien avant l'arrivée des colon·es français·es.

L'arrivée de ces dernier·es et l'instauration du protectorat en 1881 ne vont pas marquer la mise en retrait de la bourgeoisie sfaxienne émergente, elle consolide au contraire sa position en organisant une accumulation conjointe entre les capitaux européens et l'exploitation des savoir-faire locaux. Contrairement à d'autres régions du Maghreb et de la Tunisie (en particulier dans le nord du pays) où les colon·es s'approprient directement les terres et leur exploitation (Bessis 2006), les colon·es français·es présents à Sfax privilégient une logique d'alliance avec les élites citadines, notamment dans le secteur oléicole. Jean Despois (1965) montre que les capitaux européens, en particulier via les banques et compagnies commerciales, viennent soutenir l'essor des exploitations locales en croissance, plutôt que de les concurrencer frontalement. La compétence reconnue des producteurs sfaxiens en matière de culture de l'olivier pour la production d'huile constitue une ressource stratégique dans cette coopération dont les produits sont principalement destinés à l'exportation vers l'Europe.

Cette configuration encourage une division du travail inégalitaire : les investissements et les techniques agricoles modernes sont contrôlés par une élite capitaliste locale et étrangère, tandis que la main-d'œuvre reste issue des anciens régimes agropastoraux, contrainte à se sédentariser et à adopter un mode de production intensif. La disparition progressive des régimes fonciers collectifs, notamment les biens *habous*, au profit d'une propriété privée codifiée selon le droit français, acte la fin d'un rapport au sol fondé sur l'usage communautaire. Il s'opère ainsi une transition juridique et matérielle vers une agriculture productiviste centrée sur la monoculture oléicole et le découpage parcellaire, qui viennent stabiliser un mode d'accumulation durable au profit des propriétaires urbains. Cette période renforce la domination territoriale de la bourgeoisie sfaxienne et inscrit durablement l'agriculture dans les logiques de développement d'un capitalisme foncier articulé aux circuits marchands internationaux.

L'intensification de la culture oléicole ne constitue pas seulement une évolution technique ou productive : elle devient le socle d'une accumulation de capital primaire au profit de la bourgeoisie sfaxienne, consolidant un système agraire très hiérarchisé. Cette dynamique repose sur une articulation forte entre ville et campagne : le capital citadin, issu d'abord du commerce, puis plus tardivement de la finance et de la spéculation foncière, est investi dans les exploitations rurales, générant une plus-value réinjectée dans le tissu urbain sous forme de rente ou de valorisation foncière. Ce mouvement circulaire, que Roger Brunet (1957) avait déjà mis en évidence dans le contexte toulousain, trouve un écho particulier dans le cas sfaxien, où la domination des propriétaires urbains sur les terres rurales s'appuie sur un système « d'absentéisme des propriétaires » (*Ibid.*, p. 69), qui gèrent, à distance, la production déléguée des terres agricoles.

Dans la continuité de cette lecture, Mathide Fautras (2017) met en évidence la persistance de cette domination foncière dans la région de Regueb[11], bien au-delà des limites administratives du gouvernorat de Sfax, soulignant l'importance du territoire couvert par les investissements sfaxiens dans des zones rurales éloignées, sans présence physique des propriétaires. Ce mode d'accumulation, fondé sur une exploitation intensive et une gestion à distance, contribue à la consolidation d'un capitalisme territorialisé qui brouille la frontière entre espace urbain et rural tout en maintenant une structure sociale profondément inégalitaire. Franck Auriac (1983), dans son analyse du système viticole languedocien, propose une lecture complémentaire en soulignant le rôle des identités territoriales dans la justification d'un contrôle citadin sur les espaces de production agricole. Il montre comment les difficultés du marché, combinées à la concentration des moyens de production, permettent à une bourgeoisie locale de produire un récit d'homogénéité sociale et de résistance à l'État central. Ce phénomène est également observable à Sfax dans l'opposition construite face au pouvoir central tunisien.

L'arrière-pays sfaxien est mobilisé pour montrer qu'il constitue bien plus qu'un espace agricole périphérique : bien que situé à la marge (Saadaoui 2023), il apparaît comme une extension productive de l'espace citadin, dans lequel se cristallisent les logiques d'appropriation foncière, de concentration capitalistique et de reproduction sociale des élites locales. Ce système agrocapitaliste, consolidé sur le temps long, articule une domination à la fois économique, juridique et symbolique de la bourgeoisie sfaxienne sur un territoire régional élargi. L'histoire de cette domination foncière, de la conversion des régimes collectifs à l'absentéisme des propriétaires urbains, illustre la capacité de cette classe à stabiliser des rapports d'accumulation dissymétriques au sein d'un même système territorial. Ce détour par la genèse foncière et agricole du capitalisme sfaxien éclaire les conditions matérielles et historiques de l'émergence d'un capitalisme territorialement enraciné.

2 – *Sfax ya dawla* : la construction d'un récit identitaire et citadin autonome

La question des « racines » sfaxiennes et notamment le récit d'une Sfax industrieuse et autonome s'inscrit dans une opposition symbolique face à Tunis, capitale perçue comme centralisatrice, dispendieuse et éloignée des réalités économiques du territoire sfaxien. Cet imaginaire géographique, ancien, mais réactivé à différentes périodes, notamment pendant la colonisation et sous les régimes autoritaires successifs, structure une représentation territorialisée des enjeux politiques où la ville se présente comme autosuffisante et empreinte de méritocratie. La formule populaire *Sfax ya dawla*[12], scandée par les ultras soutenant l'équipe de football sfaxienne du *CSS*, cristallise

[11] Regueb est une petite ville du gouvernorat de Sidi-Bouzid, située à une centaine de kilomètres à l'ouest de Sfax.

[12] Littéralement « Sfax la nation » en arabe tunisien.

cette dynamique : plus qu'un simple slogan de provocation sportif, elle renvoie à un imaginaire d'autonomie et de fierté régionale, qui a pu être mobilisé dans des contextes extrasportifs pour exprimer une défiance vis-à-vis du pouvoir central et de son autorité.

Ce récit participe à la légitimation d'une autonomie supposée des élites locales, justifiée par une tradition de discipline, d'effort, de discrétion et de rigueur morale associée à la ville et ses habitant·es. Cette narration est reprise dans de nombreux récits littéraires, mais également dans la littérature scientifique. Elle est souvent construite en miroir d'un nord-est dominateur et bureaucratique, alimentant une identité régionaliste forte. Les citations issues du roman *Un médecin à Sfax* de Georges Khaiat (2005), malgré leur tonalité colonialiste désuète, témoignent de l'ancrage ancien de ces représentations : l'habitant sfaxien[13] y est décrit comme avare, rigide, économe, mais aussi travailleur et animé par une passion du commerce, des affaires et de l'entreprise[14]. Ces stéréotypes ont été repris et réappropriés dans un cadre postcolonial, notamment à travers des récits de discrimination venant des instances mêmes de l'État (comme ceux évoquant la défiance de Bourguiba envers les Sfaxien·nes) qui viennent renforcer l'idée d'une marginalisation politique au profit du Sahel tunisien, région d'origine des deux régimes autoritaires successifs. Les représentations identitaires de Sfax jouent un rôle actif dans la production d'un territoire symbolique et politique, structuré autour d'une opposition territoriale intériorisée et performée. Ce récit, en apparence unificateur, appelle toutefois à être questionné quant à ses usages sociaux et ses effets de classe, dans la continuité de ce qu'analysait Auriac (1983) au sujet des récits unificateurs au sein du territoire languedocien français.

Ces représentations identitaires prennent une dimension prescriptive lorsqu'elles sont mobilisées comme des valeurs essentialisant le comportement des Sfaxien·nes : austérité, goût du travail, esprit d'économie, attachement à la famille et à la religion. On retrouve ces discours, scientificisés par des travaux issus, parfois même,

[13] Si les femmes (sfaxiennes ou non) sont présentes dans ce roman, elles ne servent que de faire-valoir au personnage principal, quand elles ne sont pas réduites à de simples produits de consommation sexuelle à sa disposition. Les comportements citadins décrits plus finement ne concernent que des hommes, ce qui explique l'usage du masculin exclusif ici.

[14] Quelques citations, extraites de l'ouvrage, permettent d'en témoigner :

« Je retrouve d'autres amis. Ils possèdent des oliviers, un petit commerce, un café, travaillent à la compagnie Sfax-Gafsa, sont dans l'attente d'une grande affaire, d'un grand amour. » p.14

« Et vous savez, ajoute-t-il, je suis devenu sfaxien. Il m'est impossible de dépenser un seul sou. Je fais bien un chèque pour acheter de l'essence, mais jamais un sou ne sort de ma poche. Cela me ferait mal au cœur. » p.16

« Et Sfax, ville austère où le travail et le commerce étaient sacrés, va perdre sa rigueur, sa mélancolie, sa monotonie et son apparente nonchalance, et deviendra une ville d'intellectuels actifs et joyeux et son Ciné-club se flattera d'avoir six cent deux adhérents. » p.135

« On fit courir le bruit que Bourguiba n'aimait pas les habitants de Sfax, qu'il n'aimait pas leur particularisme, leur passion du commerce, de l'agriculture et de l'industrie et leur goût des économies. » p.174

d'auteurs[15] originaires de la région. Ainsi, Fredj Fakhfakh (1977, p. 3) souligne la « discrétion et l'ambition des patrons sfaxiens »[16] dans le commerce, tandis qu'Abdelwahab Bouhdiba et Dominique Chevallier (1982, p. 342) insistent sur le « poids du malékisme dans la structuration d'une société conservatrice ». De même, Skander Charfi (1982, p. 44) valorise « le dynamisme et l'esprit d'innovation » des entrepreneurs sfaxiens « spéculateurs nés », tout en évoquant la rationalité de leurs placements fonciers. Ces citations, en apparence descriptives, s'inscrivent pourtant dans la construction d'un imaginaire économique et moral, où la réussite est perçue comme le fruit d'un tempérament collectif plutôt que comme le produit de rapports sociaux historiquement et spatialement situés.

Ces discours, fondés sur l'idée d'une « spécificité sfaxienne », produisent des effets sociaux concrets : ils opèrent comme un mécanisme de distinction, traçant des frontières entre les bon·nes et les mauvais·es citadin·es, entre celles et ceux qui incarnent les valeurs de la ville et celles et ceux qui en sont perçus comme extérieur·es. En cela, ils fonctionnent comme un instrument de reproduction symbolique des hiérarchies sociales, tout en alimentant une forme de naturalisation des rapports de classe.

Cette essentialisation se prolonge dans les pratiques résidentielles. L'idéal type de la citadinité sfaxienne s'articule autour d'un modèle résidentiel hérité de la bourgeoisie commerçante : la villa pavillonnaire insérée dans un vaste jardin clos, le *jnen*. Comme le souligne Sami Ben Fguira (2020), cette forme d'habitat reste une référence symbolique forte dans l'imaginaire local, associé à la réussite sociale, à la stabilité familiale et à un mode de vie valorisé. Ce modèle résidentiel ne constitue pas seulement une norme esthétique ou fonctionnelle ; il opère comme un identificateur d'appartenance urbaine légitime, à partir duquel sont évaluées, voire disqualifiées, d'autres formes d'habiter.

Les logements collectifs, les quartiers périphériques ou les habitats informels, souvent occupés par des primoarrivant·es, des migrant·es rura·les ou des classes populaires sont perçus, dans ce contexte, comme des espaces de relégation ou d'urbanité subalterne. Bien que la croissance urbaine ait conduit à une diversification des formes résidentielles, notamment à travers les programmes de logement social, ces dispositifs peinent à reconfigurer les hiérarchies symboliques. Si l'accession à la propriété a notamment été le fer de lance de ces politiques publiques, elle demeure socialement subordonnée à l'idéal pavillonnaire, renforçant une logique de citadinité inégalitaire. Ce constat fait écho à d'autres contextes urbains d'Afrique du Nord, où la citadinité se construit autour de normes de respectabilité et de domesticité, souvent incarnées par l'habitat pavillonnaire à partir du 20e siècle : comme l'observe Safar Zitoun (2009; 2010) à

[15] Les travaux identifiés et mentionnés sur ces discours sont le fait d'auteurs masculins exclusivement.

[16] Masculin employé ici également, la littérature mentionnant explicitement la domination masculine dans la sociologie du patronat sfaxien à cette époque.

propos de l'habiter dans les grandes villes du Maghreb, les normes résidentielles fonctionnent comme des opérateurs de distinction sociale, articulant des formes matérielles de logement à des régimes de légitimité urbaine.

En l'absence d'enquêtes ethnographiques approfondies sur les usages sociaux de l'habitat dominant à Sfax, il faut formuler ces hypothèses avec prudence. Toutefois, les discours recueillis durant les entretiens, dans la presse locale, les réseaux sociaux et croisés avec les travaux de Ben Fguira laissent penser que cette valorisation du *jnen* et de la propriété individuelle persiste comme norme de reconnaissance, en écho à l'histoire longue d'un capitalisme foncier articulé à l'identité sfaxienne. Ce lien entre citadinité légitime, propriété foncière et reconnaissance sociale prolonge les dynamiques analysées dans la section précédente, où la terre agricole productive fonctionnait déjà comme un vecteur de distinction et d'accumulation. À l'échelle urbaine, ces logiques de valorisation résidentielle renforcent la stratification sociale tout en participant à la reproduction spatiale des inégalités.

Les discours d'unité et de résistance qui entourent la figure de Sfax comme ville méritante masquent ainsi une forte stratification sociale. Cette rhétorique régionaliste, souvent mobilisée en opposition au pouvoir central, tend à homogénéiser le corps social sfaxien en effaçant les rapports de classe qui le traversent. L'exemple de l'éviction de Mansour Moalla, haut fonctionnaire et homme d'affaires originaire de Sfax, cité par Béatrice Hibou (2008), illustre la manière dont l'État tunisien post-indépendance a perçu la montée en puissance des réseaux économiques sfaxiens comme une menace politique potentielle. Pour faire face à cette marginalisation, les élites sfaxiennes ont réagi en réaffirmant un récit collectif de résistance économique et de cohésion sociale. Or, ce discours masque des inégalités internes substantielles. Les travaux de Pierre-Noël Denieuil et Abdelkhalek B'Chir (1998) sur les réseaux entrepreneuriaux tunisiens, et en particulier sfaxiens, montrent comment les trajectoires d'ascension sociale restent marquées par des logiques de reproduction familiales, excluantes pour une large part de la population. Dans ce contexte, le régionalisme peut fonctionner comme un écran, unifiant symboliquement ce qui reste profondément inégalitaire dans les faits. Comme le souligne Olivier Orain (2009) en reprenant les travaux d'Auriac sur le vignoble languedocien, les revendications identitaires peuvent déplacer la conflictualité sociale vers des cibles extérieures (ici l'État et les régions du nord-est de la Tunisie), produisant un « curieux amalgame » (Auriac 1983, p. 73) entre classes sociales.

En construisant une identité territoriale forte, la bourgeoisie sfaxienne a consolidé sa position dominante à travers un double processus de légitimation symbolique et de projection spatiale. Le récit d'une ville travailleuse, méritante et autosuffisante, fonctionne comme une mise en récit du territoire, qui naturalise la domination sociale en la réinscrivant dans un ordre spatial et moral supposé et immuable. L'effet performatif de ces récits identitaires n'est cependant pas à analyser uniquement dans leur fonction de cohésion. Ils participent à l'ancrage d'une domination de la bourgeoisie

sfaxienne sur son espace, dont les fondements reposent sur des dispositifs matériels (propriété foncière, mode d'habiter spécifique, unités de production). Ces récits permettent de justifier une autonomie régionale revendiquée, tout en masquant les inégalités internes au territoire. Ils préparent ainsi les conditions de l'antagonisme contemporain qui structure les relations entre cette bourgeoisie et l'État tunisien postcolonial, à travers des conflits d'intérêts, des divergences d'investissement et des luttes pour la maîtrise de la fabrique urbaine et régionale. C'est dans ce contexte qu'ils doivent être compris comme un levier de pouvoir, autant que comme témoin des rapports de force qui s'expriment dans la structure contemporaine de l'économie régionale et urbaine sfaxienne.

3 – Une centralité citadine et industrielle dans un océan de vide ?

L'industrialisation sfaxienne s'est construite selon une double dynamique structurante, articulant deux régimes d'investissements complémentaires, mais conflictuels. D'un côté, un tissu dense de petites unités de production implantées dans les faubourgs de la ville et portées par la bourgeoisie locale : huileries, ateliers de mécanique, textile ou petits commerces structurent un capitalisme essentiellement familial, ancré dans l'espace urbain. De l'autre, de grandes infrastructures industrielles, principalement portuaires ou extractives, issues d'investissements coloniaux puis étatiques, s'installent le long du littoral, dans un mouvement de modernisation de grande ampleur après l'indépendance. Ces deux configurations productives, bien qu'interdépendantes, incarnent des logiques d'accumulation distinctes et parfois concurrentes : l'une fondée sur le capital marchand familial, l'autre sur les stratégies de développement nationales pilotées depuis Tunis.

Ce dualisme n'est pas propre à Sfax, mais il y trouve une forme particulière du fait de la densité du tissu marchand local et du poids historique de la bourgeoisie sfaxienne. Les travaux de Fredj Fakhfakh (1977) et de Skander Charfi (1982) mettent en évidence le rôle moteur des entrepreneurs locaux dans la structuration de ce tissu productif centré sur la flexibilité, les savoir-faire familiaux et l'autofinancement. À l'inverse, les unités liées à la transformation des phosphates, implantée le long du littoral, obéissent à une logique de centralisation étatique et de dépendance technologique à l'étranger, avec un impact spatial considérable sur le front de mer. Monia Gasmi (2006) décrit un modèle radioconcentrique de l'industrialisation sfaxienne, où les fonctions productives s'éloignent progressivement du centre historique pour s'implanter le long des axes périphériques. Cette dynamique industrielle préfigure la fragmentation de l'espace urbain et régional sfaxien.

Cet antagonisme des structures industrielles ne reflète pas uniquement deux types d'acteurs ou de capitaux : elle renvoie aussi à deux échelles d'organisation territoriale. Tandis que les unités de production de la bourgeoisie sfaxienne s'inscrivent dans

une logique de proximité et de petites filières d'exportations, les infrastructures industrielles d'envergure, pilotées par l'État, ont plutôt vocation à honorer des contrats internationaux négociés directement avec les pays clients. Cette superposition de registres d'action contribue à renforcer la position centrale de Sfax dans le Sud tunisien, et l'analyse démographique le confirme : selon les données du RGP de 2014, la délégation de Sfax concentre à elle seule plus de la moitié de la population du gouvernorat. Les autres délégations, très faiblement peuplées, peinent à émerger comme pôles secondaires. Hadjigeorgiou (2000) évoque ainsi un arrière-pays « en apparence vide », où les activités agricoles dominent et où l'industrialisation reste embryonnaire malgré les incitations publiques. La structure viaire elle-même illustre cette centralité : conçue selon un modèle radial hérité en grande partie de la période coloniale, elle dessert prioritairement la ville-centre, renforçant son rôle de nœud logistique, politique et productif. Ali Bennasr (2006) parle d'un isolement relatif, mais dominant de Sfax dans le paysage urbain national, une position de quasi-macrocéphalie que matérialise la Figure 6. Cette configuration territoriale contribue à structurer une dynamique de développement polarisé, au cœur du projet d'urbanisation sfaxien.

L'attractivité de Sfax s'explique aussi par les dynamiques de peuplement qui l'ont structurée depuis le début du 20e siècle. L'expansion urbaine s'est nourrie d'un exode rural important, qui tire ses origines de la dépossession progressive des terres agricoles au profit de la bourgeoisie locale et des colon·es. Cette dynamique, amorcée dès la seconde moitié du 19e siècle, s'est poursuivie au cours du siècle suivant par l'extension de la propriété privée des terres agricoles, la concentration foncière et la mécanisation des cultures, notamment dans les oliveraies. Comme le montre Mohamed Fakhfakh (1975) dans son étude sur la région sfaxienne, ce sont d'abord les anciens *fellahs*[17], précarisés par la transformation du système agraire, qui migrent vers la ville en quête d'emplois industriels plus stables ou dans le commerce informel moins soumis aux aléas saisonniers. Cette migration ne concerne pas uniquement les franges les plus pauvres, mais aussi des segments de classes moyennes rurales, attirées par les perspectives d'un mode de vie moderne et urbaine. Cet exode rural progressif repose à la fois sur une dynamique d'aspiration et de relégation, liée à la perte d'accès à la terre et à la marginalisation des systèmes de production agraire traditionnels. En parallèle, la faible densité démographique et le faible dynamisme économique des autres délégations du gouvernorat contribuent à accentuer cette polarisation territoriale. Loin d'être strictement conjoncturelle, cette attraction de la ville-centre est ancrée dans une logique de long terme, où la centralité de Sfax se construit autant par l'absorption de sa périphérie que par l'inégalité des trajectoires urbaines régionales.

[17] Les *fellahs* désignent historiquement les paysan·nes propriétaires/exploitant·es sédentaires, en opposition aux Bédouin·es nomades exploitant les plaines agropastorales du Maghreb (Mouldi Lahmar 1985).

L'accumulation et la concentration du capital à Sfax vont par la suite s'inscrire dans un processus plus large de transformation du capitalisme agraire en capitalisme urbain. L'accumulation initiale permise par l'exploitation foncière, fondée sur la production oléicole, a progressivement été reconvertie dans des investissements productifs et immobiliers situés en ville. Toujours dans le travail de Mohamed Fakhfakh (1977), on voit que cette reconversion s'est accélérée à partir des années 1960, notamment après l'échec des politiques collectivistes mises en œuvre sous Bourguiba. Loin de favoriser une redistribution agraire comme cela en était l'ambition, ces réformes ont plutôt conduit les détenteurs de capitaux à réorienter leurs ressources vers le foncier urbain, le commerce et l'industrie légère.

Dans cette perspective, la centralité sfaxienne ne s'explique pas uniquement par son poids démographique ou logistique, mais par sa capacité à cristalliser un régime de rente urbaine durable, dont les mécanismes sont comparables à ceux identifiés par Dominique Lorrain (2017) dans d'autres villes méditerranéennes comme Alger, Beyrouth ou Istanbul. Dans ces configurations, la rente foncière devient le moteur d'une fabrique urbaine gouvernée par l'accumulation, la spéculation et la captation de ressources publiques. Comme le note Bennasr (2006), cette dynamique de concentration capitalistique autour de la ville contribue à figer les hiérarchies territoriales à l'échelle du gouvernorat. La ville, investie par la bourgeoisie sfaxienne, devient le réceptacle privilégié des flux de capitaux, au détriment d'un arrière-pays agricole relégué à un rôle de réserve de main-d'œuvre et de production primaire.

Ce déplacement progressif du capital vers l'espace urbain a également concentré les tensions entre les logiques d'aménagement portées par l'État et les stratégies d'appropriation promues par la bourgeoisie sfaxienne, en particulier autour de l'industrie et de l'organisation de l'espace urbain. Les interventions étatiques ont accompagné ce mouvement à travers plusieurs projets d'assainissement et de relocalisation visant à reconvertir les espaces centraux marqués par des activités polluantes. Parallèlement, des zones industrielles ont été créées à la périphérie de la ville afin de capter les investissements privés et étrangers. Néanmoins, comme le soulignent Faika Skander Charfi (1982) et Mohamed Fakhfakh (1977), ces politiques se sont heurtées à plusieurs obstacles : réticence des investisseurs locaux à quitter les anciens quartiers et faible attractivité pour les capitaux internationaux en particulier. Le résultat en est un espace économique fragmenté, qui rend compte là encore de la dichotomie entre les logiques internes du capitalisme local et les politiques publiques menées par l'état central tunisien.

Conclusion de section

Cette première section a permis de retracer les fondements historiques, territoriaux et sociaux du capitalisme sfaxien, en le réinscrivant dans un processus de systémogénèse territoriale analysé dans la durée. Loin d'être un effet conjoncturel ou une importation extérieure, le capitalisme local est le produit de rapports de force sur la ressource foncière, de structurations communautaires marchandes et d'un positionnement géographique spécifique, entre un arrière-pays agricole et l'ouverture à la Méditerranée. Cette lecture a mis en évidence la manière dont les formes d'accumulation agraires, la constitution d'un capital bourgeois local, et la colonisation ont structuré un système économique territorialisé, dont les logiques se prolongent aujourd'hui dans les configurations contemporaines du capitalisme sfaxien. En mobilisant une lecture par la systémogénèse, il est apparu que le territoire sfaxien ne pouvait être réduit à un simple support de l'accumulation, mais devait être compris comme une production socio-spatiale complexe. C'est à partir de cet ancrage historique et spatial que s'est consolidé une bourgeoisie sfaxienne autonome, capable de négocier avec les logiques d'aménagement étatiques, de développer ses propres instruments de régulation foncière, et de construire un récit identitaire d'autonomie régionale.

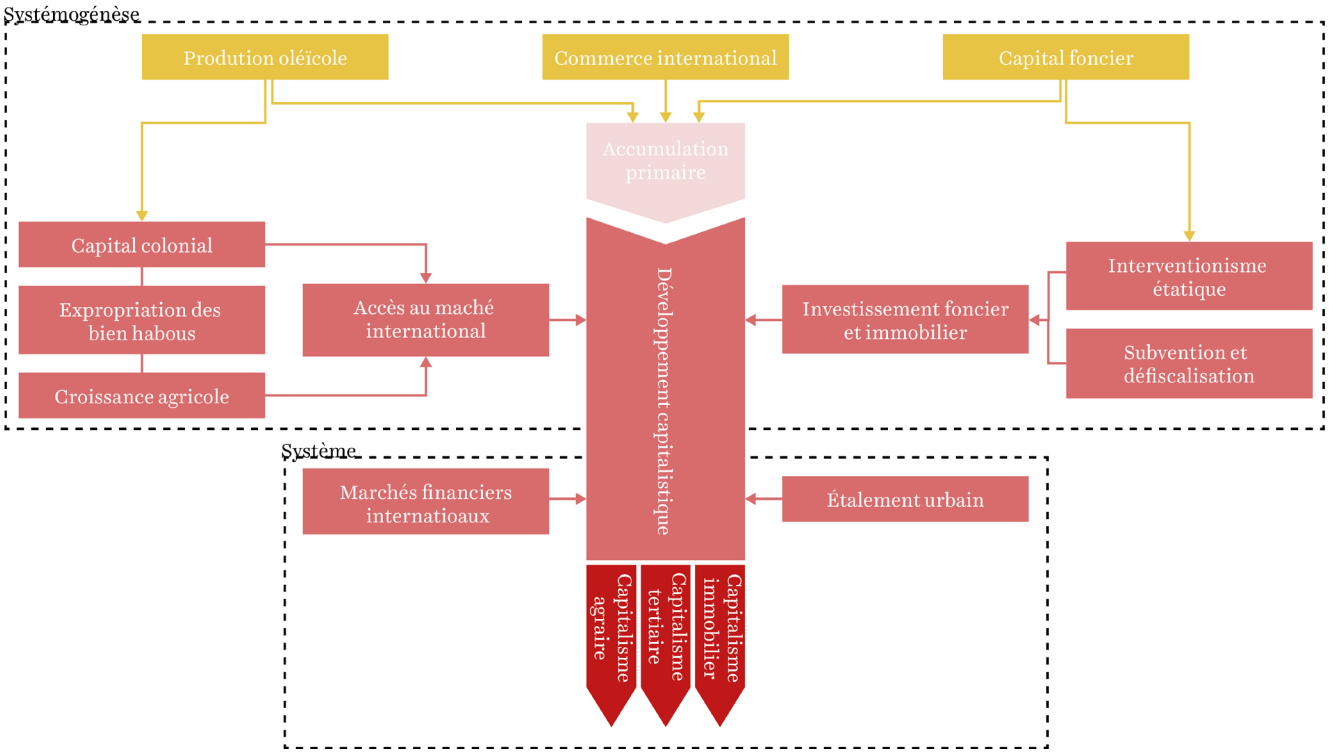


Figure 7 – Systémogénèse du capitalisme sfaxien. Réalisation : Théo Maurette 2025.

Ce processus est synthétisé dans la Figure 7 ci-dessus, qui illustre les articulations entre les différents leviers de l'accumulation primaire à Sfax. À partir de la production oléicole, du commerce international et du capital foncier, un capitalisme agraire s'est structuré en lien avec l'expropriation des biens *habous*, les politiques

coloniales et l'accès aux marchés extérieurs. Cette dynamique d'accumulation s'est prolongée dans des investissements fonciers et immobiliers appuyés, malgré eux, par un interventionnisme étatique. Ces éléments convergents vers un développement capitalistique spécifique, qui combinent des logiques agraires, tertiaires et immobilières, et qui constituent le socle sur lequel se déploient les reconfigurations actuelles du capitalisme médical à Sfax.

B – Une fabrique urbaine aux prises entre État et bourgeoisie



Figure 8 – Tweet de Thomas Pesquet au sujet de Sfax le 14 octobre 2021

Comme s'en étonnait Thomas Pesquet depuis la Station spatiale internationale en 2021, Sfax présente une géométrie relativement lisible dans ses principaux ensembles morphologiques. Maintenant que la systémogénèse de la région de Sfax est posée, cette deuxième section prolonge l'analyse en s'attardant plus spécifiquement sur les formes urbaines que ces rapports de production ont contribué à fabriquer. À l'instar de ce qui a été montré à l'échelle régionale dans la section précédente, la fabrique urbaine sfaxienne est le produit de tensions historiques entre plusieurs pôles d'action : d'abord entre les colon·es français·es et la bourgeoisie locale, dans un premier moment structurant d'urbanisation coloniale, puis, plus tardivement, entre l'État central tunisien, cherchant à réguler l'urbanisation croissante de Sfax, et cette même bourgeoisie sfaxienne, investie de longue date dans l'appropriation foncière, l'initiative entrepreneuriale et la spéculation immobilière. Cette dualité s'inscrit dans la matérialité même de l'espace urbain : organisation du réseau viaire, localisation des activités productives, structures des tissus résidentiels. Elle constitue un prisme essentiel pour comprendre les formes spécifiques qu'a prises l'urbanisation de Sfax du 19e siècle à aujourd'hui.

L'histoire urbaine de Sfax repose sur une structure particulière, détaillée dans la Figure 9 ci-dessous, qui continue d'organiser ses formes et ses dynamiques contemporaines. Elle peut être analysée à partir de quatre ensembles morphologiques centraux. Le premier concerne le réseau viaire : conçu selon un schéma en « doigts de gant » (Bennasr 2006, p. 82), il a joué un rôle structurant dans l'expansion radiale de la ville et révèle les logiques d'organisation spatiale mises en place depuis l'époque coloniale. Le deuxième ensemble est celui du centre-ville « trinitaire » (Dlala 1995), formé par la médina, le quartier colonial et la centralité tertiaire de Sfax El Jadida ; il condense les héritages marchands, administratifs et modernes qui ont fait de Sfax la ville-centre de sa région. Le troisième point d'attention porte sur les périphéries résidentielles, en particulier celles issues des anciens *jnens* : ce sont des espaces pavillonnaires investis par la bourgeoisie locale dans une logique de conversion foncière et de spéculation immobilière qui fait l'objet d'un double processus de densification et de verticalisation. Enfin, le dernier ensemble morphologique permettra de faire un léger pas de côté en traitant de la régulation urbaine par l'État, à travers les interventions sur l'habitat informel, les logements sociaux, les grands projets d'intervention foncière et les aménagements industriels sur le littoral.

Cette structure spatiale ne reflète pas seulement des distinctions morpho-fonctionnelles, elle incarne des régimes historiques d'appropriation et de pouvoir. Taher Yengui le souligne, à propos de l'acception de la notion de quartier qui est à Sfax, selon ses analyses, « plus enracinée dans certaines zones que dans d'autres » (Yengui 2016, p. 347) reflétant les disparités sociales et leur ancrage géographique. Alors que le centre concentre l'héritage économique et administratif de la ville, les périphéries issues des anciens *jnens* traduisent la manière dont la bourgeoisie sfaxienne a valorisé ses ressources foncières à travers une urbanisation pavillonnaire spéculative. Ces deux espaces, historiquement complémentaires dans la construction de la ville, incarnent aujourd'hui deux modes d'urbanisation antagonistes. Leur opposition structurelle permet de saisir les rapports de force entre régulation publique et accumulation privée, et constitue un point d'entrée privilégié pour analyser les formes concrètes que prennent les tensions entre État et bourgeoisie dans la fabrique urbaine, et c'est notamment dans cette optique que ces deux espaces ont été retenus comme terrains d'enquête principaux.

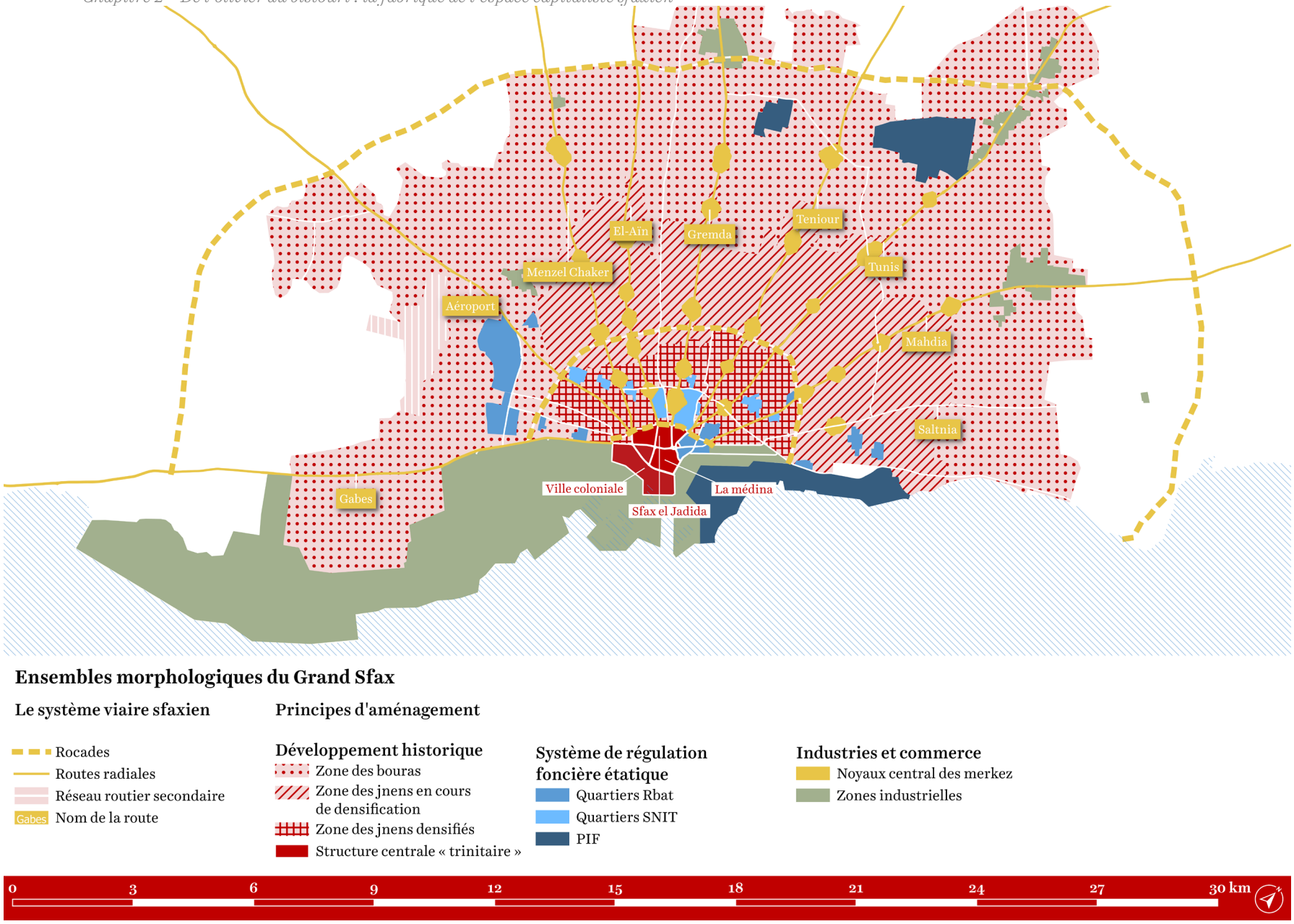


Figure 9 – Carte des ensembles morphologiques du Grand Sfax. Réalisation : Théo Maurette 2025.

1 – Une ville en « doigts de gants » : le réseau viaire au cœur du système urbain sfaxien

Le système viaire sfaxien est structuré autour d'un réseau de radiales et de ceintures périphériques, qui constitue le premier marqueur de l'organisation urbaine permettant de lire les tensions entre croissance informelle, investissements privés et interventions publiques. Cette structure en « doigts de gants », telle que l'a décrite Ali Bennasr (2006, p. 82), bien visible depuis les vues satellites, est le résultat d'un compromis entre l'organisation coloniale de la région, la croissance urbaine alimentée par la spéculation foncière et l'organisation spatiale des activités économiques. Sfax est ainsi organisée autour de neuf voies radiales principales usuellement appelées « routes » qui relient le centre-ville à des destinations plus ou moins éloignées (du nord au sud, ou de droite à gauche sur la Figure 9 ci-dessus) : Saltnia, Mahdia, Tunis, Teniour, Gremda, El Aïn, Menzel Chaker, l'aéroport et Gabès. Cette organisation viaire structure fondamentalement les modes d'urbanisation, chaque radiale fonctionnant comme un vecteur de densification à ses abords. L'adressage local lui-même repose sur la distance kilométrique le long de ces routes depuis le centre, soulignant l'ancrage de cette structure dans les représentations sociales de l'espace.



Figure 10 – Circulations sur deux voies le long de la route de Gremda, le 9 avril 2022 ; Autobus circulant sur la route de Gremda le 8 juin 2021

Les radiales présentent des caractéristiques communes : une emprise moyenne d'environ 20 mètres, le plus souvent aménagée en 2x2 voies, avec des trottoirs parfois discontinus (voir Figure 10:2 ci-dessus). Leur fonction logistique est essentielle, puisqu'elles concentrent à la fois les flux de marchandises, les circulations pendulaires

vers le centre et une part importante des commerces de proximité. Comme l'a montré Taher Yengui (2016), leur saturation est en grande partie liée à la faible desserte en transports publics et à la concentration des activités tertiaires dans le centre. Le report modal massif vers les véhicules individuels et les petits taxis collectifs génère des conflits d'usages fréquents sur les radiales, qui sont le théâtre d'une circulation quotidienne complexe, entre des flux de transit rapides et la desserte des activités locales (voir Figure 11 ci-dessous). Cette configuration spatiale exprime les désajustements entre l'étalement urbain important de Sfax et les infrastructures de mobilité insuffisamment coordonnées et financées, symptomatiques des tensions plus larges entre un modèle vernaculaire et les logiques de régulation étatiques.



Figure 11 – Diversité des usages de l'espace le long de la route de Gremda le 30 mai 2023 ; Circulation piétonne entravée par le stationnement et l'absence de trottoir le long de la route de Gremda le 23 juin 2021

Pour remédier en partie à la difficulté de circuler entre les radiales hors de leurs flux pendulaires, mais aussi dans une logique de régulation de la croissance urbaine de Sfax, trois ceintures périphériques successives, mises en place par l'État, témoignent de cette volonté planificatrice face à l'extension centrifuge du tissu urbain. Ces rocades viennent encercler la ville selon une logique concentrique : le boulevard Majida Boulila constitue la première ceinture, immédiatement autour du centre-ville ; la « ceinture Bourguiba » au kilomètre 3, construite sur l'ancien canal éponyme, sert de point d'interconnexion péricentral entre les radiales et d'accès aux nouveaux équipements urbains ; enfin, la rocade du kilomètre 10 remplit principalement une fonction de contournement et de desserte périphérique.

Ali Bennasr (2003a) montre que ces aménagements sont pensés dans une logique d'organisation fonctionnelle et de désengorgement du centre. Ils reflètent la

volonté de l'État de rationaliser la mobilité urbaine et de favoriser le développement de centralité nouvelle en périphérie. Le chantier de saut-de-mouton lancé en 2022 au niveau de la ceinture Bourguiba illustre cette orientation, en cherchant à fluidifier le trafic aux intersections critiques avec les radiales et en créant une desserte interradiale à trois kilomètres du centre-ville. Ce projet, parmi les plus coûteux engagés à Sfax en matière d'infrastructure, vise à combler le déficit historique en infrastructures de transport. Un problème récurrent souligné là aussi par Riadh Haj Taieb (2022), qui évoque à la fois le sous-financement chronique du réseau public et les retards très importants pris dans les projets de tramway.

Ces ceintures matérialisent une tentative de maîtrise étatique du développement urbain, dans un contexte marqué par la croissance rapide et faiblement régulée des quartiers périphériques (Bennasr 2003a; Ben Fguira 2020). Cependant, leur efficacité reste relative, du fait d'une faible coordination avec les modes d'habiter et d'une hégémonie économique du centre-ville, toujours d'actualité. La voiture reste le mode dominant de déplacement, et les politiques publiques peinent à infléchir cette dépendance structurelle.

En marge du réseau principal des grandes routes radiales, un système hiérarchisé de voies secondaires assure la desserte fine du tissu résidentiel et illustre la fragmentation foncière héritée des anciens *jnens*. Ces voies secondaires prolongent les radiales en pénétrant plus profondément dans le tissu résidentiel et sont de deux types : les *kassas* et les *zenkats*.



Figure 12 – Voirie large et activité commerciale le long de la rue Cheikh Mahmoud Krichen, kassas reliant la route de Gremda à la route Lafrane le 8 juin 2021. Entrée de la rue Hedi Mellouli, zenkat non goudronnée située au kilomètre 3 de la route de Gremda le 8 juin 2021.

Les *kassas* (Figure 12:1) sont des routes perpendiculaires souvent issues de tracés privés anciennement agricoles qui ont été progressivement viabilisés. Elles forment des axes secondaires essentiels, où la largeur permet la circulation automobile et l'émergence de petits commerces et d'activités domestiques. En dehors des ceintures périphériques, ce sont les seules voies qui permettent la circulation d'une radiale à une autre sans transiter par le centre-ville.

Les *zenkats* (Figure 12:2), quant à elles, se présentent généralement sous forme de culs-de-sac bordés de murs et desservant les portails des anciennes propriétés. Leur matérialité (absence de trottoirs, voiries non goudronnées, éclairage sporadique et généralement absent) reflète un statut juridique et social ambivalent. Officiellement considérées comme des voies publiques, ces ruelles conservent néanmoins des usages et des représentations privées : leur nom renvoie souvent aux familles fondatrices (en dépit de toponymes officiels), et leur entretien dépend parfois des habitant·es elles et eux-mêmes. Taoufik Megdiche (1985) souligne justement cette ambiguïté, où les limites entre espace public et propriété s'estompent, favorisant des formes d'appropriation informelles, mais largement reconnues dans les usages. Les *zenkats* restent des voiries libres d'accès bien que leur aménagement témoigne généralement d'une appropriation particulière par leurs résident·es.

Ces configurations viaires matérialisent une histoire foncière longue, faite d'ajustements, de contournements et de rapports de pouvoir à l'échelle microlocale et dirigée par une bourgeoisie dominant le foncier sfaxien. Elles montrent qu'à Sfax la fabrique urbaine ne relève pas uniquement de logiques planificatrices, mais s'ancre dans des pratiques habitantes, qui entrent parfois en conflit avec la régulation étatique, comme en témoignent les nombreux usages toponymiques qui s'y superposent. Ces pratiques ont produit un mode d'urbanisation singulièrement distinct de celui promu par la planification étatique, qui tend à fabriquer des trames viaires normées et hiérarchisées par-dessus des réseaux vernaculaires hérités, sans nécessairement en reconnaître la logique ou la continuité (Barthel et Smida 2002). Cette couche de planification imposée aux configurations antérieures engendre des frictions dans l'organisation urbaine contemporaine, comme l'explique Sami Ben Fguira (2020), qui analyse également les configurations de l'habitat et du viaire dans les quartiers planifiés de Sfax.

En effet, la périphérie sfaxienne a aussi été plus largement investie durant le 20e siècle par la planification étatique, qui a fait émerger des quartiers entiers conçus par l'Agence foncière d'habitat (AFH) ou la Société nationale immobilière de Tunisie (SNIT). Ces quartiers s'inscrivent dans une logique de planification fonctionnelle, fondée sur des principes de rationalisation et de contrôle. Leur trame viaire y est strictement hiérarchisée, les parcelles sont délimitées avec régularité (généralement 500 m^2), et les voiries sont conçues pour optimiser la desserte et l'acheminement des réseaux techniques. Ce modèle reflète une approche hygiéniste et rationnelle de la ville, où l'ordre spatial est mis au service d'une administration verticale de l'espace urbain et

l'optimisation des coûts fonciers et infrastructurels. Sami Ben Fguira souligne les limites de cette planification qui, bien qu'ordonnée sur le papier, ne parvient pas toujours à encadrer la croissance réelle ni à répondre aux besoins réels des habitant·es.

Ces quartiers planifiés témoignent d'une volonté d'imposer une grille d'urbanisation uniforme, fondée sur une logique de rationalisation administrative et d'encadrement technique des formes urbaines. Cette approche, portée par les agences étatiques, entre en concurrence avec le modèle forgé historiquement par la bourgeoisie sfaxienne à travers la densification des *jnens*. Dans ce dernier cas, les formes urbaines sont le produit direct d'une domination sociale sur l'espace, orientée par les logiques de valorisation foncière et les stratégies patrimoniales des élites locales. L'État, en intervenant plus tardivement dans ce processus, propose un schéma d'aménagement qui s'articule difficilement à l'existant. Le système viaire, brique élémentaire de l'urbanisme sfaxien, permet ainsi d'observer concrètement la coexistence de ces deux régimes de production de la ville. Il conduit, dans la suite de ce chapitre, à analyser deux espaces urbains majeurs qui concentrent ces dynamiques tout en présentant les principaux ensembles morphologiques de Sfax : le centre-ville et la route de Gremda. Ces deux espaces, qui constituent les principaux terrains d'enquête de ma recherche, incarnent deux paradigmes d'aménagement profondément distincts et traduisant cette dialectique historique entre l'État et la bourgeoisie sfaxienne.

2 – Un centre-ville « trinitaire » : soukisation, colonisation et tertiarisation

Le centre-ville de Sfax se compose de trois ensembles urbains aux trajectoires distinctes, mais imbriquées : la médina, la ville coloniale et le quartier de Sfax El Jadida (Figure 13). Chacun de ces pôles urbains reflète un régime de développement spécifique de l'espace urbain, à la fois historiquement daté et encore actif dans la centralité contemporaine.

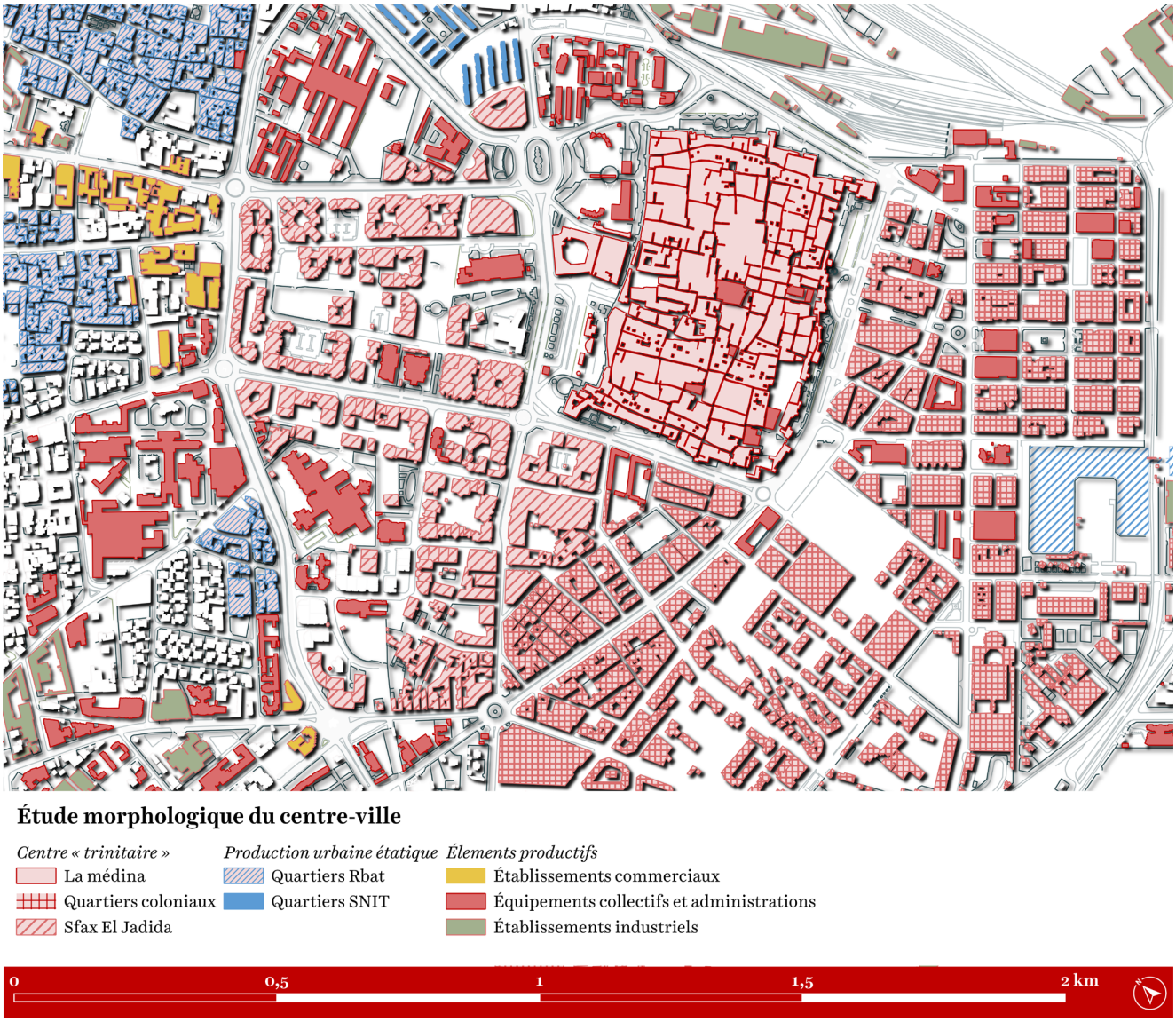


Figure 13 – Carte d'étude morphologique du centre-ville de Sfax. Réalisation : Théo Maurette 2025.



Figure 14 – Vue aérienne de la médina de Sfax. Source : Photogrammétrie Google maps 2014

Héritière de la période aghlabide, la médina (Figure 14) incarne une centralité ancienne, marquée par une hiérarchie spatiale typique structurée autour de la grande mosquée et des souks, dans une trame urbaine dense et mêlant un ordre social radioconcentrique partant de la grande mosquée centrale et une structure viaire orthogonale (Abdessellem 1982). Elle est aussi le support d'un mode de vie citadin organisé autour de la dualité ville-centre et arrière-pays, reposant sur l'exploitation saisonnière des *jnens* et des *borjs*[18] en périphérie (Mohamed Fakhfakh 1975; Aljane 2019).

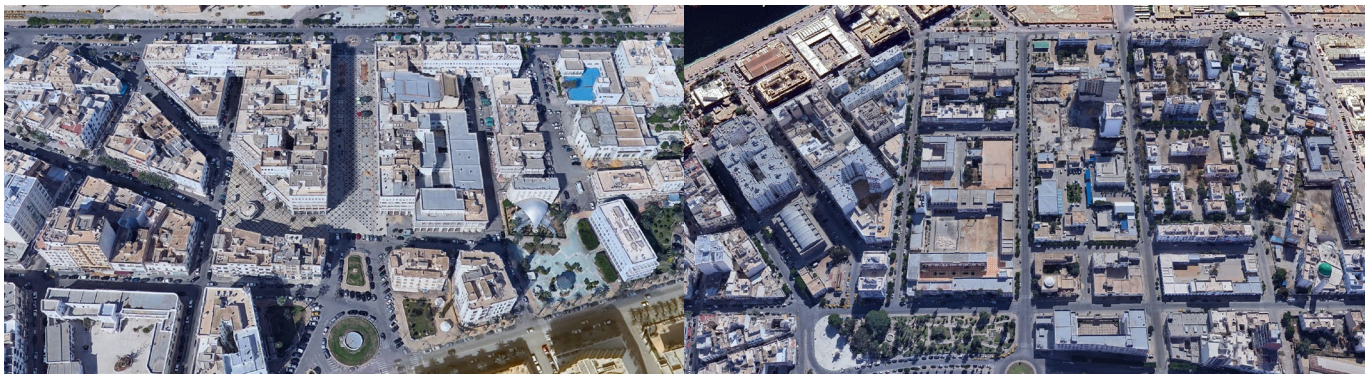


Figure 15 – Vues aériennes des quartiers coloniaux de Sfax. Source : Photogrammétrie Google maps 2014

[18] Ce système, dont les évolutions contemporaines sont développées dans la sous-section suivante, consiste en une alternance entre la vie en ville durant les saisons froides et la vie en périphérie durant les saisons chaudes. Au centre des *jnens* se situe traditionnellement un *borj,* qui désigne l'habitat traditionnel et intergénérationnel de la bourgeoisie historique de Sfax se présentant sous la forme d'une bâtisse de forme carrée ne disposant généralement que de peu d'ouvertures et d'une hauteur sous plafond importante de son unique niveau.

La ville coloniale (Figure 15), édifiée dès 1881 à la suite de la prise de la ville par les forces françaises, prolonge la logique de commandement sur l'espace urbain, selon un urbanisme hygiéniste et fonctionnaliste (Dhouib Morabito 2014) renforcé par la création du port et de l'industrie du phosphate.



Figure 16 – Vue aérienne du quartier de Sfax El Jadida. Source : Photogrammétrie Google maps 2014

Enfin, Sfax El Jadida (Figure 16), projet initié à la fin des années 1970 sur d'anciens terrains industriels et ferroviaires, incarne une tentative de requalification de la centralité par l'État tunisien post-indépendance, dans une logique de mixité fonctionnelle, de tertiarisation et de modernisation urbaine placée sous le signe d'une forte contrainte foncière et spéculative (Bennasr 2003b). Si chacune de ces composantes répond à des logiques propres, leur juxtaposition produit un espace central fragmenté, dans lequel se rejouent les luttes entre modèle colonial, aménagement étatique et stratégies de la bourgeoisie locale. Cette trame morphologique illustre les conflits, continuités et ajustements qui façonnent depuis plus d'un siècle la fabrique urbaine sfaxienne.

La médina de Sfax, cœur historique et religieux de la ville, concentre encore aujourd'hui une forte activité commerciale, malgré sa marginalisation résidentielle et les fantasmes patrimoniaux dont elle fait l'objet. Historiquement organisée selon une trame orthogonale autour de la grande mosquée et des souks spécialisés, elle a progressivement vu son statut d'espace résidentiel décliner au profit d'une polarisation autour de fonctions économiques spécifiques. Dans un contexte de mondialisation et de mutations de ces tissus urbains historiques, Rim Moualem (2008) et Adrien Doron (2018) parlent d'un double processus de « soukisation », c'est-à-dire la croissance en son sein d'un tissu commercial dense, et « d'oukalisation », désignant la reconversion artisanale

et logistique de certains édifices traditionnels qui a accompagné le départ progressif des élites urbaines vers les périphéries. Parallèlement, la médina s'est imposée comme un espace d'accueil pour les catégories populaires les plus précaires, notamment issues de l'exode rural, générant une ambivalence discursive entre valorisation patrimoniale (inscription au patrimoine mondial de l'UNESCO et restauration des remparts) et stigmatisation sociale (Ben Fguira 2020). Ces dynamiques contribuent à faire de la médina un espace à la fois central et marginal, où coexistent densité commerciale, précarité résidentielle et projets de réhabilitation urbaine portés par les autorités municipales et des entrepreneur·euses du patrimoine.

La « ville européenne[19] » de Sfax, édifiée à partir de la fin du 19e siècle entre la médina et le port colonial, incarne l'un des grands projets urbains du protectorat français en Tunisie. Reconstruite après les bombardements de la Seconde Guerre mondiale, elle adopte un plan en damier caractéristique des principes coloniaux d'urbanisme hygiéniste, avec une dominante de petits immeubles collectifs modernes (R+2 à R+6) accueillant à la fois des logements et des professions intellectuelles (Dhouib Morabito 2014). Ce quartier concentrait une partie importante des équipements publics hérités de la colonisation (mairie, tribunaux, poste, consulats, lieux de culte non musulmans) et se plaçait comme l'espace du pouvoir et du commandement administratif de la région.

Pourtant, depuis les années 1980, cette centralité est progressivement marginalisée au profit de Sfax El Jadida, nouvel espace tertiaire et commercial planifié au nord-ouest de la médina. La ville européenne souffre aujourd'hui d'un déclin démographique et symbolique, marqué par la fermeture de commerces, la vacance de certains bâtiments publics, et un déficit d'investissements (Bennasr 2006). À l'ouest du quartier colonial historique, le secteur de Picville illustre l'interface entre la ville coloniale et les faubourgs de *jnens*. Initialement constitué de faubourgs coloniaux et de poches informelles, il a servi de zone tampon entre la ville européenne et les dynamiques d'extension pavillonnaire. Cette transition spatiale matérialise les ajustements historiques entre les emprises foncières de la bourgeoisie locale et les opérations coloniales, qui ont longtemps cohabité plus qu'elles ne se sont opposées, comme le rappelle Khaled Chaker (1981). La ville coloniale subsiste aujourd'hui comme un fragment central secondaire, dont les fonctions résiduelles (bureaux de l'administration, banques, syndicats) sont en déclin progressif au profit du nouveau quartier de Sfax El Jadida.

[19] Localement les toponymes pour désigner les anciens quartiers coloniaux varient d'un·e interlocuteur·ice à l'autre. Mais la désignation orale la plus fréquente de cet espace reste la « ville européenne ». Alternativement, le cœur du quartier colonial est aussi désigné *Bab Bhar* soit littéralement « la porte de la mer », et qui correspond au secteur administratif associé à cet espace, mais cette désignation n'inclue généralement pas les constructions réalisées à l'ouest et au sud de ce quartier par les colons.

Pensé dès les années 1970 dans le cadre d'une tentative plus large de conversion de l'économie tunisienne vers les services et l'attraction de capitaux étrangers, notamment dans les secteurs financiers, commerciaux et administratifs, le quartier de Sfax El Jadida devait symboliser l'entrée de la ville dans la modernité urbaine tunisienne. Il s'inscrit dans un programme national plus large de transformation des centralités anciennes, visant à substituer aux centres historiques jugés surpeuplés et désorganisés de nouveaux espaces tertiaires, fonctionnels et attractifs. Implanté à l'interface entre la médina et la zone des *jnens* sur des terrains anciennement occupés par des activités industrielles, ferroviaires et funéraires, ce projet d'aménagement porte les ambitions de l'État tunisien en matière d'hygiénisme, de rationalisation des flux et de commandement administratif, tout en s'appuyant sur un partenariat financier majoritaire avec des capitaux du Golfe (Bennasr 2003b).

L'analyse d'Ali Bennasr sur le développement de ce quartier montre ainsi une certaine continuité avec les logiques modernistes de l'urbanisme colonial, tout en prétendant les dépasser par une territorialisation conforme aux normes du développement métropolitain. Cette ambition se traduit par une planification importante, une trame viaire large et hiérarchisée, et une mixité fonctionnelle modulaire. Mais, comme dans le cas des projets tunisois d'ampleur similaire (Barthel 2003), la dynamique spéculative prend rapidement le dessus : la densité verticale des premiers lots bâtis dépasse les prévisions initiales, les activités artisanales sont exclues, et la rentabilité foncière devient un moteur central du développement. Le quartier peine à remplir l'ensemble de ses fonctions initiales, notamment en termes de peuplement résidentiel et d'animation urbaine. Ce qui se joue à Sfax El Jadida, c'est en somme la reproduction, dans un nouveau langage urbanistique, des tensions fondatrices de l'urbanisme sfaxien entre un État régulateur et les intérêts de la bourgeoisie. Si le quartier affirme sa centralité par la concentration nouvelle de fonctions de commandement (banques, siège du gouvernorat, universités), il incarne aussi les limites d'un modèle urbanistique fondé sur la promotion foncière comme levier de transformation urbaine (Mohamed Fakhfakh 1975; Ben Fguira 2020).

La configuration actuelle du centre-ville de Sfax se structure ainsi autour d'une triple unité urbaine (médina, ville coloniale, Sfax El Jadida) qui cristallise les tensions historiques de la fabrique urbaine sfaxienne. Chacune de ces composantes incarne un régime de politique urbaine distinct : patrimonial pour la médina, colonial pour la ville européenne, fonctionnaliste et spéculatif pour Sfax El Jadida. Si ces régimes se sont succédé dans le temps, ils coexistent aujourd'hui dans un espace central fragmenté, mais interdépendant, où se rejouent les tensions entre la mémoire historique, la puissance foncière de la bourgeoisie sfaxienne, et l'intervention étatique. Cette « trinité urbaine », pour reprendre le terme mobilisé par Habib Dlala (1995), renvoie implicitement à une métaphore religieuse où trois entités forment une unité fonctionnelle, bien que traversée par des logiques antagonistes. Elle constitue un observatoire pertinent pour saisir la

manière dont ces régimes concurrents ont laissé leur empreinte dans la fabrique urbaine, tant dans ses formes que dans ses usages contemporains. Cette analyse prépare le déplacement vers les nouvelles centralités émergentes, notamment le long des radiales que j'explore dans la sous-section suivante.

3 – L'espace des *jnens* entre densification, spéculation et conflits de classe

La troisième grande composante morphologique de la ville de Sfax correspond aux espaces périphériques issus des anciens domaines agricoles : les *jnens* et les *bouras*. Ces formes héritées d'une citadinité vernaculaire sfaxienne sont devenues, au fil du temps, les matrices principales de l'expansion urbaine contemporaine. C'est sur ces terrains, historiquement façonnés par la bourgeoisie locale à des fins résidentielles et productives, que s'est construite une urbanisation diffuse, marquée par l'autoconstruction, la verticalisation et la multiplication des petites centralités commerçantes. Pour éclairer ce processus, j'ai choisi d'en suivre une coupe particulièrement exemplaire : celle de la route de Gremda, visible dans la Figure 17 ci-dessous.

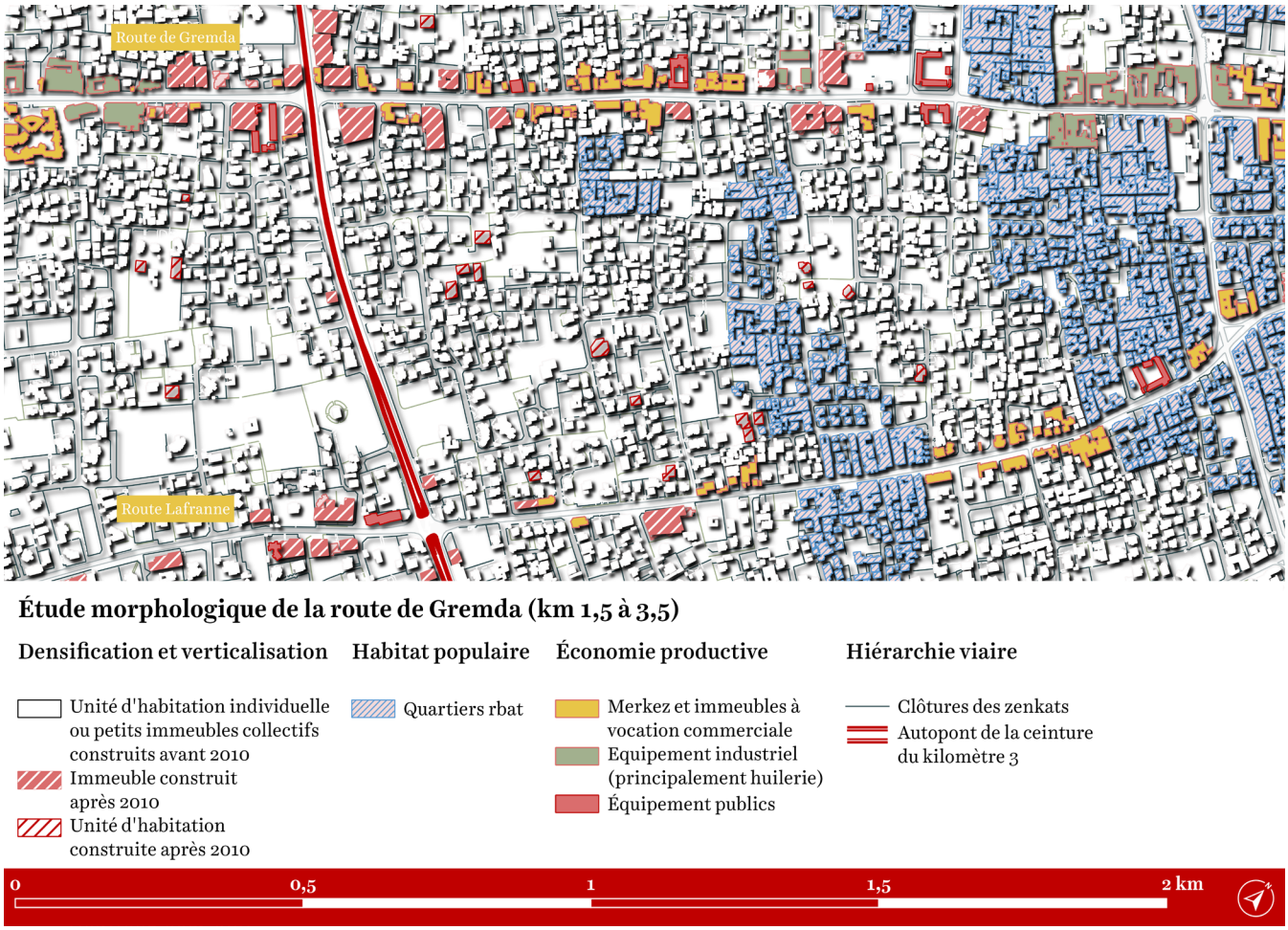


Figure 17 – Carte d'étude morphologique de la route de Gremda, du kilomètre 1,5 à 3,5. Source : images satellites Airbus 2004 - 2015. Réalisation : Théo Maurette 2025.

Cet axe concentre de manière visible l'ensemble des dynamiques abordées dans cette section : morcellement foncier, développement de centralités marchandes secondaires, verticalisation et rapport de force dans les modes d'habiter. Cela permet d'illustrer spatialement les mécanismes de l'urbanisme d'accumulation qui caractérise l'expansion de Sfax depuis les années 1970.



Figure 18 – Zone en cours de densification des jnens le long de la route de Menzel Chaker ; zone de transition entre les anciens bouras (à droite) et les jnens (à gauche). Source : Photogrammétrie Google maps 2014

La périphérie sfaxienne s'étendant vers l'intérieur des terres est historiquement occupée par deux régimes d'occupation agraire et résidentielle entre les *jnens* (les anciens vergers dotés de *borjs* habités et investis de fonctions résidentielles, ornementales et d'autoproduction) et les *bouras*, des jardins à vocation strictement productive, souvent consacrés à la culture d'olivier ou d'amandier (voir Figure 18 ci-dessus). Ces formes héritées du mode de vie citadin saisonnier de la bourgeoisie sfaxienne constituent les supports premiers de l'expansion urbaine contemporaine. Au fil du 20e siècle, et notamment à partir de la période coloniale, ces espaces sont progressivement investis de manière permanente : les élites sfaxiennes, confrontées à la pression foncière coloniale et à la montée des nouvelles normes résidentielles, tendent à s'y sédentariser à l'année. Mohamed Aloulou (2008) montre comment l'alternance entre le *borjs* (habitat périurbain) des faubourgs et le *dars* (habitat citadin) de la médina sont peu à peu remplacés par des villas modernes à plusieurs niveaux, intégrant les commodités attendues par les nouvelles classes supérieures inspirées par les citadinités européennes (eau courante, distribution fonctionnelle des pièces, clôture des parcelles). Ce mouvement de transformation résidentielle brouille progressivement la frontière entre *jnens* et *bouras*, au profit d'une urbanisation pavillonnaire, soutenue par les stratégies d'ancrage résidentiel et d'investissement immobilier des familles bourgeoises locales qui s'y installent alors pour y vivre à l'année.



Figure 19 – Faubourg Rbat situé au premier kilomètre de la route de Gremda. Source : Photogrammétrie Google maps 2014

À partir des années 1950, la croissance urbaine rapide de Sfax, combinée aux effets de l'industrialisation nationale et aux mutations agricoles, entraîne un exode rural important depuis les campagnes intérieures vers la ville. Faute d'accès à la propriété dans les zones dominées par la bourgeoisie sfaxienne, ces populations néo-citadines investissent les marges urbaines peu valorisées, notamment autour des remparts de la médina et en bordure des *jnens*. Ce phénomène donne lieu à la constitution de quartiers autoconstruits, qualifiés de *rbat*[20] (Figure 19), réactivant une forme historique de faubourg autrefois périphérique. Ahmed Abdessellem (1982) souligne la continuité morphologique de ces *rbat*, dont les trames viaires irrégulières et le bâti hétérogène renvoient à une urbanisation spontanée structurée par l'usage. Sami Ben Fguira (2020) montre qu'en dépit de leur rôle crucial dans l'absorption de la croissance démographique, ces espaces sont stigmatisés comme insalubres et associés à une image de relégation. Ces espaces ont été les premiers ciblés par les premières politiques de réhabilitation urbaine menées sous Bourguiba, au nom de la modernisation de la ville. Cette dynamique renforce la dualisation spatiale de Sfax, en opposant une bourgeoisie résidente, consolidant sa rente foncière dans les *jnens*, à un précariat périphérique cantonné dans des formes d'urbanisation informelle. Mais ces deux formes cohabitent pourtant dans des espaces très proches.

À la même époque, les *jnens* sont le théâtre d'un morcellement successif au gré de l'accroissement démographique et des héritages successifs au sein de la bourgeoisie

[20] *Rbat* signifie littéralement « faubourg » en arabe tunisien.

sfaxienne, multipliant le nombre de leurs propriétaires. Comme le montre la Figure 18:1, ce mécanisme de lotissement progressif, qu'Ali Bennasr (2003a) qualifie de « filière familiale sélective », repose sur une répartition patrimoniale des terres en faveur des héritiers masculins. Il s'intensifie après l'échec de la collectivisation agricole, dans un contexte où la bourgeoisie sfaxienne réoriente ses capitaux vers la rente foncière urbaine. Fredj Fakhfakh (1977), Taoufik Megdiche (1985) et Sami Ben Fguira (2020) documentent ce glissement du capital agricole vers l'investissement immobilier, en soulignant le rôle central joué par la division des *jnens* en parcelles de taille moyenne (entre 1000 et 2000 m^2), destinées à accueillir des villas pour les enfants de la famille. Cette dynamique produit une urbanisation endogène, façonnée par la reproduction sociale de la bourgeoisie sfaxienne, qui fabrique dans la proche périphérie de Sfax une morphologie morcelée fondée sur la continuité des structures familiales et patrimoniales.



Figure 20 – Merkez situé au croisement de la route de Mahdia et de la ceinture du kilomètre 3. Source : Photogrammétrie Google maps 2014

En parallèle du morcellement foncier et résidentiel, la périphérie sfaxienne voit émerger des centralités secondaires, appelées *merkez*, dont le développement repose sur des dynamiques endogènes. À la différence des zones planifiées par l'État, ces centralités se constituent progressivement autour d'un noyau fonctionnel (généralement une mosquée, un souk, un dispensaire ou encore une école, montré ci-dessus Figure 20) et sont souvent à l'initiative de familles commerçantes locales. De nouveau, Mohamed Fakhfakh (1977) en souligne l'importance dans la structuration de la vie quotidienne : leur émergence résulte d'une urbanisation sans plan, qui repose sur des logiques de proximité, d'opportunité et d'ancrage local des capitaux. Ces pôles, d'abord informels,

acquièrent avec le temps une certaine stabilité morphologique et symbolique, à mesure que s'y agrègent des commerces, des services et parfois des équipements publics. Leur toponymie illustre même cette inscription dans les logiques familiales, comme en témoigne le *merkez* Châabouni situé sur la route de Gremda, ainsi nommé d'après la famille commerçante ayant initié son développement. Ces centralités incarnent une forme d'urbanisme incrémental où la solidarité de voisinage, les liens de parenté et les stratégies d'investissement de la petite bourgeoisie commerçante façonnent un maillage fonctionnel intégré à la progressive sédentarisation de la vie périphérique sfaxienne. En identifiant ces *merkez* à partir d'indicateurs simples (densité commerciale, organisation des stationnements, polarité des flux) repérés sur les cartes satellites, j'ai pu en retracer les dynamiques de croissance illustrées en Figure 9 et Figure 17 malgré l'absence de données officielles à leur sujet.



Figure 21 – Verticalisation des constructions le long de la route de Tunis. Source : Photogrammétrie Google maps 2014

Dernier phénomène marquant de cette séquence d'urbanisation périphérique, le processus de verticalisation résidentielle accompagne et transforme en profondeur la dynamique de densification des *jnens*. Il se manifeste par l'implantation d'immeubles de 4 à 8 étages (voir Figure 21 ci-dessus) le long des radiales structurantes, où ces constructions tirent parti de la visibilité et de l'accessibilité offertes par ces axes. Ben Fguira (2020) a identifié ce changement comme l'un des traits les plus significatifs de la morphologie urbaine contemporaine de Sfax. Cette mutation repose sur une double logique. D'abord spéculative : les parcelles issues du morcellement des *jnens* ne sont plus valorisées pour l'édification d'une villa familiale, mais comme support à une accumulation de rente via la construction d'immeubles mixtes. Mais il s'agit aussi, pour les jeunes

ménages notamment, d'accéder à la propriété dans un contexte de raréfaction des surfaces constructibles dans les anciens *jnens*. La verticalisation, que l'on peut tout de même relativiser compte tenu de sa faible importance au regard de l'expansion urbaine de Sfax, est rendue possible par un cadre réglementaire nouveau introduit à la fin des années 2000 et une faible intervention publique en matière de planification. Ces immeubles, souvent en copropriété, articulent des fonctions résidentielles et commerciales (boutiques, cabinets, agences), et redéfinissent l'organisation de la vie urbaine en périphérie. Ils engendrent de nouvelles polarités fonctionnelles, remettant parfois en cause l'hégémonie des centralités historiques. Au même titre que les *merkez* analysés précédemment, la Figure 17 montre comment ces immeubles se sont implantés dans les interstices des espaces bâtis le long des radiales. Leur multiplication contribue à la concurrence entre formes héritées et formes contemporaines d'urbanités, tout en complexifiant les rapports entre centre et périphérie dans la fabrique urbaine sfaxienne.

Les dynamiques d'urbanisation observées dans la périphérie sfaxienne montrent un urbanisme d'accumulation étroitement lié aux stratégies foncières et résidentielles de la bourgeoisie locale. Le tissu urbain qui émerge des *jnens*, façonné par le morcellement patrimonial, la construction pavillonnaire puis la verticalisation spéculative, témoigne d'un processus historique au long cours, entamé avant la période coloniale. Ce processus a été structuré par une interaction entre les formes vernaculaires d'occupation de l'espace et les recompositions successives liées aux transformations économiques et aux évolutions sociales des classes dominantes, impulsées notamment par la colonisation ou l'état postindépendance. Comme le centre-ville analysé dans la sous-section précédente, cet espace périphérique a été choisi comme second terrain d'enquête pour cette recherche, précisément pour ce qu'il donne à voir, dans une même séquence spatiale, des effets de cette fabrique urbaine contrôlée par une classe dominante. Cette fabrique entre aussi en tension avec les formes d'urbanisation impulsées par l'État, qu'il s'agisse des programmes de logement publics, des zones industrielles ou des projets d'infrastructures. Ces interventions publiques, souvent périphériques ou discontinues, peinent à imposer un modèle alternatif aux logiques endogènes de la bourgeoisie foncière sfaxienne. Ce décalage entre planification centralisée et urbanisation capitaliste informelle constitue le dernier point d'analyse dans la fabrique de la morphologie urbaine sfaxienne.

4 – Un État producteur et régulateur : industrialisation, régulation foncière et habitat social

L'action de l'État tunisien dans la fabrique urbaine sfaxienne se construit dans une tension permanente entre volontarisme planificateur et difficultés structurelles à encadrer les logiques foncières dominantes. Si l'urbanisation de Sfax répond en grande partie à des dynamiques marchandes, portées par la bourgeoisie locale et leur gestion patrimoniale du sol, l'État a également contribué à la morphogenèse urbaine à travers une série d'interventions ciblées, tantôt réactives, tantôt stratégiques. Ce sont

l'industrialisation et la question de l'habitat populaire qui constituent les deux principaux axes d'action de l'État tunisien, dès l'ère coloniale et tout au long de la période post-indépendance. Pensées comme les deux faces d'une même politique de modernisation, ces interventions visent à la fois à accélérer l'intégration économique de la Tunisie via la production industrielle, et à encadrer socialement cette croissance par la régulation de l'habitat et la réduction des inégalités d'accès au logement. Dans les faits, cette volonté d'intervention s'est heurtée, à Sfax, à une structure foncière rigide, marquée par la domination de l'initiative privée et l'absence d'outils coercitifs efficaces. Les plans d'aménagement successifs, qu'ils soient coloniaux (Dhouib Morabito 2014) ou post-indépendance (Bennasr 2003a; Baklouti 2005), s'inscrivent dans une histoire discontinue et fragmentaire de l'urbanisme étatique à Sfax. Pour ces auteur·ices, si l'État peut être qualifié de producteur (d'espaces industriels, de logements, d'infrastructures), il n'est régulateur que par intermittence, régulièrement contraint d'adapter a posteriori ses outils de régulation à des dynamiques foncières qui les dépassent.

La première action d'envergure de l'État post-indépendance fut celle de la politique hygiéniste de réaménagement des *rbat*, quartiers d'habitat précaire et autoconstruits situés aux marges de la médina. Dès les années 1950, les autorités tunisiennes entament une série d'interventions visant à encadrer ces formes d'urbanisation informelle, oscillant entre politiques de démolition, de relogement et d'intégration partielle au tissu urbain des grandes agglomérations du pays qui reçoivent massivement les migrant·es issu·es des régions rurales. Dans les discours institutionnels, les *rbat* sont régulièrement assimilés à des foyers d'insalubrité et à des zones illégales, jugées incompatibles avec les normes citadines modernes au Maghreb (Abdessellem 1982; Ameur et Naciri 1985). Pourtant, ces quartiers constituent une réponse concrète à la crise du logement pour les classes populaires, notamment les populations migrantes venues des campagnes, qui trouvent dans les *rbats* une proximité au centre-ville et un accès à des solidarités de voisinage. Comme le montre Sami Ben Fguira (2020), plutôt que de proposer une politique cohérente sur le long terme, l'État a adopté des approches discontinues : déplacement de populations, interventions infrastructurelles massives mais isolées et régularisations ponctuelles. Cette ambivalence traduit une tension structurelle entre une vision hygiéniste, interventionnelle et fonctionnaliste de la ville, et la reconnaissance pragmatique des usages populaires de l'espace dans un contexte de moyens limités pour l'État.



Figure 22 – Quartier planifié par la SNIT dans la banlieue ouest de Sfax. Source : Photogrammétrie Google maps 2014

Après l'indépendance, la création de la Société nationale immobilière de Tunisie (SNIT) en 1957 constitue l'un des outils majeurs par lesquels l'État a tenté de structurer l'expansion urbaine, notamment à travers la construction de logements sociaux standardisés. Ces opérations, bien que pensées selon les principes de l'urbanisme fonctionnaliste décrit plus haut (rationalisation des voiries, standardisation des parcelles, intégration d'équipements publics, voir Figure 22 ci-dessus), ont souvent été réalisées sur des terrains périphériques peu attractifs, à l'écart des centralités historiques et des dynamiques économiques locales (Bennasr 2003b; Baklouti 2005). Comme l'analysent Mohamed Ameur et Mohamed Naciri (1985) pour le cas du Maroc, qui a été le théâtre de dynamiques similaires dans la seconde moitié du 20e siècle, si ces programmes ont généralement permis une forme de régulation foncière en anticipant l'étalement urbain, cela s'est fait au prix d'un éloignement social et spatial des classes populaires. Ces quartiers, dépourvus d'opportunités économiques internes et faiblement connectés aux pôles d'activités urbaines, reproduisent souvent les logiques de relégation qu'ils étaient censés dépasser. À Sfax, cette situation est accentuée par la rareté du foncier mobilisable et la forte emprise de la bourgeoisie sur les terrains constructibles, qui limitent la capacité de l'État à intervenir de manière stratégique. Le logement social, censé garantir un accès équitable à la ville, se retrouve ainsi à conforter une urbanisation périphérique déconnectée des centres de pouvoir et d'emploi.

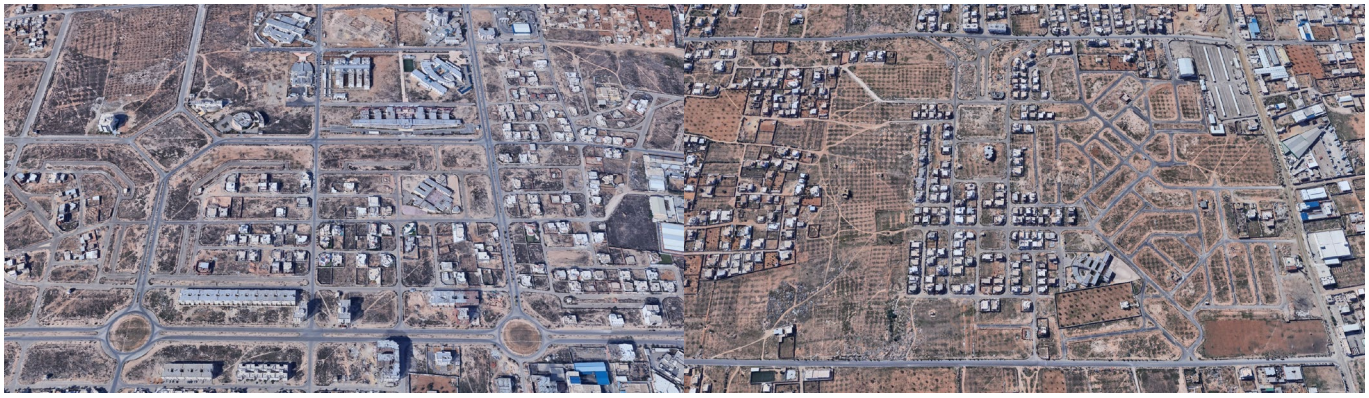


Figure 23 – PIF El Ons situé au kilomètre 10 de la route de Tunis à la limite de l'extension urbaine de Sfax ; PIF de Gremda situé au kilomètre 8 de la route éponyme. Source : Photogrammétrie Google maps 2014

À partir des années 1980, l'État change de stratégie et développe les Périmètres d'intervention foncière (PIF). Pensés comme des outils de maîtrise foncière et de structuration urbaine, trois PIF sont mis en œuvre à Sfax (Taparura, Gremda, El Ons, voir Figure 23 ci-dessus) et matérialisent une tentative d'encadrement public de l'urbanisation périphérique, après plusieurs décennies d'urbanisation largement livrée au marché. À l'instar des grands projets urbains analysés par Hend Ben Ottman (2009) et Pierre-Arnaud Barthel (2006) pour la région de Tunis, ces dispositifs mobilisent des ressources institutionnelles importantes et s'inscrivent dans une logique de fabrique urbaine devant faire entrer la Tunisie dans une nouvelle modernité. Toutefois, à Sfax comme à Tunis, ces projets se heurtent à une série d'obstacles récurrents : opacité des procédures foncières, conflits d'usage, faiblesse du portage politique local, lenteurs administratives et spéculation importante. Le projet Taparura constitue, à Sfax, un cas emblématique : prévu pour transformer une friche industrielle importante en front urbain attractif, il demeure inachevé depuis plus de deux décennies, faute de coordination entre les institutions et de volonté politique claire (Bennasr 2003c; Ben Fguira 2020). La littérature scientifique montre un résultat contrasté pour un outil censé rompre avec les faiblesses structurelles de la régulation urbaine en Tunisie, mais qui peine à réaliser les objectifs pour lesquels il a été conçu.

Pour autant, en matière d'aménagement industriel, et en héritage de la colonisation, l'État tunisien a imposé à Sfax une reconfiguration majeure de son littoral par l'implantation de grands sites industriels qui ont largement marqué la structure urbaine contemporaine. L'industrialisation de Sfax, amorcée sous le protectorat avec l'aménagement du port et l'installation d'usines liées à l'exportation agricole et minière, s'est poursuivie après l'indépendance selon une logique de concentration des infrastructures productives sur le front maritime. L'État tunisien, dans une volonté de modernisation économique, a renforcé ce modèle en développant des zones industrielles à l'est de la ville, au plus près des quais et des réseaux de transport. Cette organisation spatiale, fondée sur une logique technicienne et verticale, a profondément

modifié la géographie urbaine sfaxienne, contribuant à isoler certaines parties du littoral de leur usage résidentiel ou récréatif (Gasmi 2006).

Cette vision planificatrice coexiste toutefois avec un développement industriel plus diffus, appuyé sur la puissance d'investissement d'une bourgeoisie locale entreprenante, notamment dans les secteurs du textile, de l'agroalimentaire ou des matériaux de construction (Skander Charfi 1982). Cette dualité entre interventions lourdes et centralisées de l'État et initiatives plus opportunistes et éclatées du privé donne lieu à une dynamique d'urbanisation partiellement contrôlée. Comme le montre Fakhfakh (1977), les logiques d'implantation industrielle à Sfax suivent une tendance que j'analyse comme un phénomène de « radialisation » : les établissements se dispersent le long des axes routiers majeurs (les radiales) sans véritable plan d'ensemble, ce qui limite les effets d'agglomération et accroît les tensions foncières en périphérie. L'État, en dépit de ses efforts de planification, se retrouve ainsi dans une position ambivalente : promoteur de grandes infrastructures industrielles, il peine à réguler les effets secondaires de ces implantations, notamment sur le foncier, l'environnement et la qualité de vie urbaine. Le cas de Sfax illustre alors une fabrique urbaine hétérogène, où les intérêts économiques des élites locales et les objectifs stratégiques de l'État s'entrecroisent voire se confrontent.

Loin d'avoir imposé un modèle homogène de fabrique urbaine, l'État tunisien a composé avec les héritages coloniaux et les logiques de la bourgeoisie locale. Les formes d'intervention étatiques dans la fabrique urbaine sfaxienne mettent en lumière une configuration complexe, marquée par l'hybridation de plusieurs régimes d'aménagement concurrents. Qu'il s'agisse des politiques de résorption de l'habitat précaire, des programmes de logement social, des projets de régulation foncière à grande échelle ou encore des aménagements industriels, l'État agit dans un entre-deux, tentant d'imposer un cadre planificateur tout en étant contraint de composer avec des dynamiques foncières privées, des intérêts économiques locaux puissants et des limites structurelles en matière de gouvernance.

Plutôt que de stabiliser durablement un modèle de production urbaine, les interventions publiques ont contribué à fragmenter l'espace sfaxien en juxtaposition de régimes d'urbanisation différents : quartiers autoconstruits régularisés a posteriori, zones pavillonnaires fonctionnelles, mais reléguées, friches industrielles importantes, grands projets inachevés. Cet assemblage particulier dans la fabrique urbaine témoigne d'un urbanisme fait d'adaptations successives et de compromis, où l'action de l'État est autant contrainte par les héritages coloniaux que par les compromis sociaux et politiques post-indépendance.

Ce quatrième type d'ensemble morphologique de Sfax, centré sur l'action publique et les politiques urbaines, ne constitue pas à proprement parler un terrain d'enquête, dans la mesure où il ne recoupe pas des espaces où sont implantées des

infrastructures médicales. Sa mention ici était néanmoins nécessaire pour saisir, de manière transversale, la portée ou les limites des dispositifs de régulation contemporaine qui, de manière générale, ont eu l'ambition de porter sur les espaces étudiés dans la thèse. Cette perspective permettra notamment d'interroger le degré d'effectivité des instruments mobilisés face aux logiques de rente, de spéculation et d'accumulation qui fabriquent l'espace sfaxien contemporain.

Conclusion de section

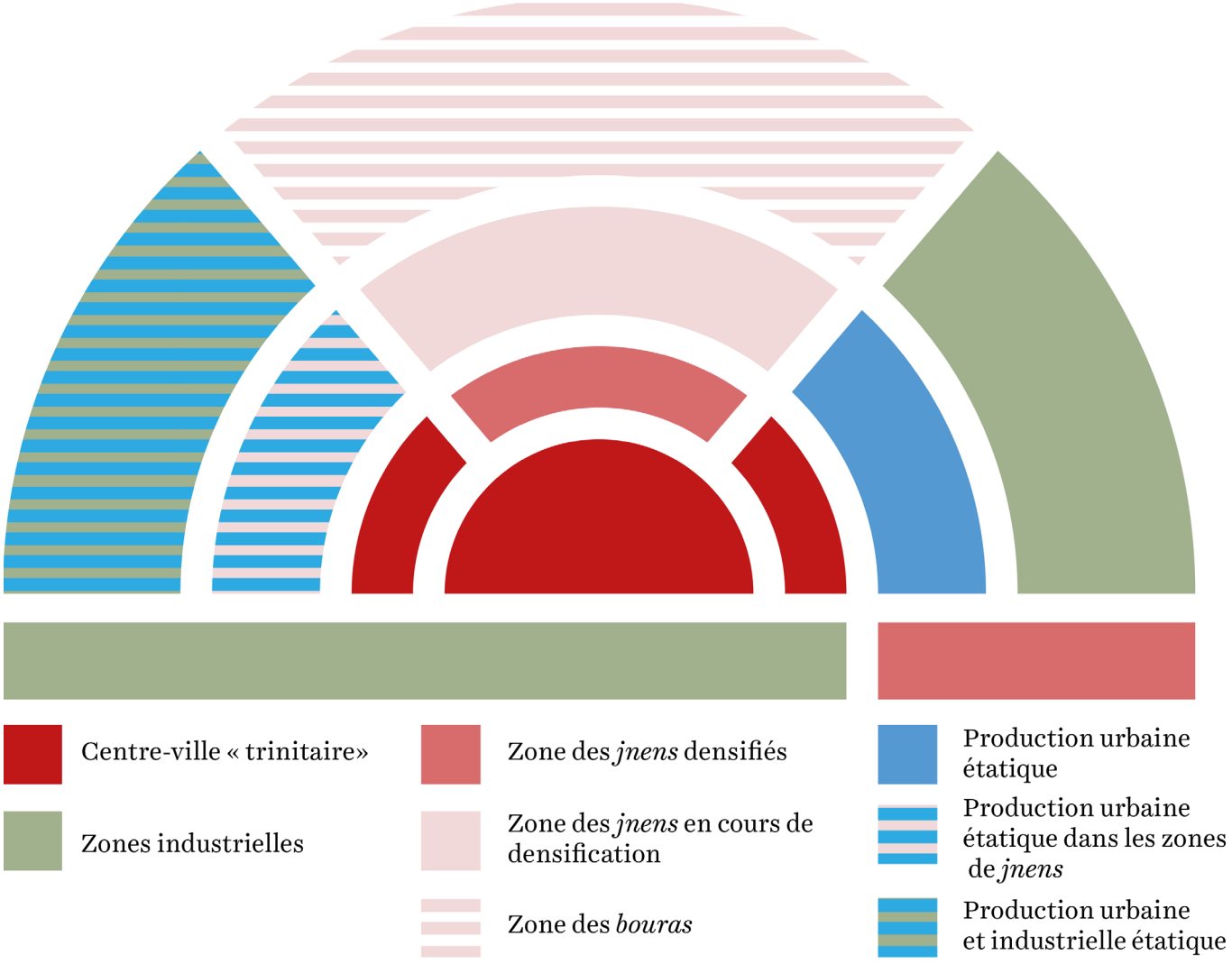


Figure 24 – Schéma des ensembles morphologiques du Grand Sfax et de leurs logiques socio-spatiales. Réalisation : Théo Maurette 2025.

La morphologie urbaine de Sfax ne résulte pas d'un projet unifié, mais d'une relation dialectique entre les logiques de régulation publique et les stratégies d'accumulation privée. L'analyse de ses formes urbaines depuis l'organisation du réseau viaire jusqu'aux dynamiques foncières des périphéries, en passant par la centralité historique et les interventions planificatrices de l'État, montre une fabrique urbaine hétérogène, marquée par des compromis instables et des rapports de force durables. Cette

configuration traduit l'emprise croisée de deux régimes d'action : d'un côté, une bourgeoisie sfaxienne fortement enracinée dans le capital foncier, l'entrepreneuriat et l'investissement immobilier ; de l'autre, un État producteur et régulateur, dont les ambitions modernisatrices se heurtent souvent à des limites structurelles et politiques.

C'est dans cet espace urbain hétérogène (Figure 24), traversé de tensions entre centralité et périphérie, entre héritages coloniaux et recompositions contemporaines, que vient s'insérer l'infrastructure médicale. Celle-ci participe pleinement de la production urbaine : par ses localisations, ses formes bâties, ses modes d'implantation, mais aussi par les rapports sociaux qu'elle matérialise. La section suivante propose ainsi de déplacer le regard vers cette infrastructure en tant qu'objet urbain et territorial, pour analyser comment elle s'inscrit ou, au contraire, entre en friction avec les logiques de la fabrique urbaine présentées jusqu'ici.

C – Soigner en ville : territorialisation et reconfiguration du système de soin

La proposition de cette thèse est que le système de santé privée est un opérateur important de la fabrique urbaine contemporaine à Sfax. À la croisée de logiques politiques, économiques et sociales, il prolongerait les rapports dialectiques qui ont historiquement structuré l'espace sfaxien, notamment entre l'État central et la bourgeoisie locale. Héritier du maillage institutionnel de la période coloniale et d'une hiérarchisation socio-spatiale marquée, le système de soin se trouve aujourd'hui traversé par des logiques libérales et transnationales portées notamment par des acteurs privés. Ces dynamiques contribuent à une territorialisation particulière du capitalisme médical, où se rejouent les rapports de pouvoir à l'échelle locale. Cette dernière partie propose d'analyser les formes prises par cette territorialisation à travers une lecture historique et pluriscalaire du système de santé sfaxien. Ainsi, il ne s'agit pas seulement de montrer l'inégale répartition des équipements ou des praticien·nes mais également leur implication dans la structuration spatiale du territoire sfaxien.

Dans le chapitre précédent, j'ai montré comment le capitalisme médical tunisien s'est constitué historiquement à la croisée de dynamiques postcoloniales, des reconfigurations néolibérales et des rapports de force au sein du champ médical. À Sfax, ce modèle national trouve une déclinaison singulière. La ville s'est imposée dès les années 1980 comme un pôle régional de soins, en accueillant l'un des premiers centres hospitalo-universitaires du Sud tunisien, ainsi qu'une faculté de médecine. Cette position a contribué à renforcer la centralité médicale de Sfax dans le sud du pays, sans toutefois gommer les inégalités d'accès ou les fractures entre secteur public et secteur privé. L'analyse qui suit s'attache à retracer les conditions historiques et les dynamiques contemporaines de la territorialisation de ces deux régimes, public et privé, de la médecine sfaxienne. Elle s'organise en trois temps : d'abord, en revenant sur l'héritage centralisé du système de soin tunisien et sa traduction spatiale à Sfax ; ensuite, en examinant la montée en puissance du secteur privé et ses effets sur l'organisation urbaine des soins ; enfin, en interrogeant les recompositions pluriscalaires contemporaines à l'aune des mobilités médicales et des logiques de mise en concurrence territoriale.

1 – Un héritage centralisé : hiérarchisation et distribution du réseau de soin

Le système de santé à Sfax repose sur une stratification historique issue de la période coloniale, qui a structuré durablement l'espace médical autour d'une dualité entre médecine d'État et médecine privée. Dès la période du protectorat, la médecine coloniale s'organise selon une logique de contrôle territorial et de gestion sanitaire autoritaire. Les établissements de soin sont alors réservés en priorité aux colon·es, avec un

ancrage spatial marqué : les quelques cabinets médicaux se concentrent dans la ville européenne et la médina, tandis qu'un hôpital militaire assure les fonctions principales de soins. Bien que sa vocation soit avant tout tournée vers l'armée coloniale, cet hôpital peut, dans certains cas, remplir une fonction sociale en accueillant des populations marginalisées (Zitouna 1994). Ce dispositif est renforcé par un réseau d'infirmeries-dispensaires implanté dans les zones rurales et minières, participant à la surveillance sanitaire de ces territoires productifs.

Dans ce contexte, Sfax joue un rôle précoce dans la structuration provinciale du système de santé. La construction d'un hôpital civil en 1935 fait de la ville la première du pays, en dehors de Tunis, à accueillir un établissement civil sous tutelle directe du ministère de la Santé. Cette institution sera la première pierre de l'organisation sanitaire régionale, d'abord orientée vers les soins et la recherche, avant d'intégrer une mission universitaire avec sa transformation en centre hospitalo-universitaire (CHU) en 1974, dans le cadre de la loi n° 74-83 du 11 décembre 1974, lui donnant le nom de Hedi Chaker. Cette évolution accompagne la création de la Faculté de médecine de Sfax, la même année, qui contribue à renforcer l'hégémonie médicale de la ville dans le Sud tunisien. Deux autres structures complètent ce dispositif : le CHU Habib Bourgiba en 1985, et l'hôpital militaire de Sfax, inauguré en 2022. En comparaison, seule Gabès (2e ville la plus importante du Sud après Sfax) dispose d'un hôpital militaire, ouvert en 1989, ce qui confirme le rôle central de Sfax dans l'architecture sanitaire du sud du pays.

La nouvelle politique sanitaire repose sur une hiérarchisation des soins selon trois niveaux, inspirée à la fois des modèles coloniaux de contrôle territorial et des principes modernes de rationalisation des services publics (Achour 2011). À la base de la pyramide, les centres de soins de base (CSB) assurent une médecine de proximité. Issus pour partie des anciens dispensaires coloniaux, ces établissements dits de « première ligne » offrent des soins courants, curatifs et préventifs, notamment lors des campagnes de vaccination. Dans le gouvernorat de Sfax, on compte 149 CSB dont 120 hors du Grand Sfax, témoignant d'un quadrillage territorial relativement homogène. Toutefois, leur dotation en personnel et en équipement varie considérablement, notamment entre les zones rurales périphériques et le Grand Sfax. Les données disponibles, bien que fragmentaires, montrent que certains CSB ne fonctionnent que quelques jours par semaine, ou avec un personnel médical itinérant, ce qui limite fortement leur rôle de premier recours[21].

La deuxième ligne, composée des hôpitaux régionaux (HR) et des centres intermédiaires (CI), prend en charge les spécialités médicales et les urgences modérées. Implantés en zones rurales ou urbaines selon leur statut, ces établissements souffrent d'un

[21] Voir à ce titre les rapports annuels sur les indicateurs d'infrastructure fournis par l'INS ainsi que l'atlas du gouvernorat de Sfax réalisé par la direction générale de l'aménagement du territoire (2013).

sous-équipement chronique et d'un manque de spécialités, en particulier pour la prise en charge des urgences pédiatriques ou orthopédiques (*Ibid.*; Jarraya et Beltrando 2013). Le transfert vers les CHU reste souvent nécessaire, faute de ressources suffisantes, aggravant les inégalités d'accès aux soins entre territoires.

Enfin, les CHU, en tant qu'établissements de troisième ligne, concentrent la recherche, la formation et la prise en charge des cas lourds. Leur centralité dans l'organisation du système sanitaire induit un phénomène de saturation, tant en termes d'affluence de patient·es que d'attractivité pour les professionnel·les de santé. Ce phénomène de concentration, également analysé par Mounir Jarraya et Gérard Beltrando (*Ibid.*), traduit une double dynamique : les patient·es sont orienté·es par défaut vers les CHU, tandis que les praticien·nes y recherchent des opportunités professionnelles, du fait de la centralité des ressources, des équipements et des perspectives de carrière. Loin de corriger les déséquilibres structurels, la hiérarchisation sanitaire contribue ainsi à renforcer les disparités territoriales, en concentrant les moyens médicaux dans quelques pôles urbains, au premier rang desquels Sfax, pour le cas du Sud tunisien.

Le modèle public tunisien repose ainsi sur une logique de planification sanitaire étroitement centralisée par le ministère de la Santé publique (MSP), situé à Tunis, qui en pilote la hiérarchie, la cartographie et la gouvernance. Si la structure en trois niveaux évoque une couverture équitable, en écho par ailleurs à l'inscription du droit à la santé dans la constitution tunisienne, la réalité territoriale met en évidence une verticalité forte dans la gestion des soins, au sein de laquelle les CHU jouent un rôle central. Ces derniers, en tant que centres hospitalo-universitaires, ne se contentent pas d'assurer les soins spécialisés et la formation médicale : ils représentent aussi les relais techniques, administratifs et symboliques du pouvoir ministériel dans les régions. Cette place les érige en pivots du maillage territorial, mais accentue également les déséquilibres dans la répartition des ressources et la capacité décisionnelle des structures périphériques (Sedrine et Amami 2016; Briki 2022). Ce sont les institutions centrales du champ médical tunisien.

Ainsi, plutôt que d'incarner des pôles de diffusion sanitaire au service des territoires, les CHU peuvent apparaître comme des nœuds de recentralisation. Les structures de première et deuxième ligne demeurent dans une dépendance structurelle à leur égard, tant pour les décisions cliniques que pour les arbitrages administratifs, les autorisations d'équipements ou la gestion des ressources humaines. Cette centralisation, qui trouve ses racines dans l'héritage centralisateur de l'État tunisien post-indépendance, héritant lui-même des structures coloniales, renforce un système inégalitaire dans lequel les capacités locales d'initiative et d'adaptation sont très limitées.

En miroir du système public, la médecine privée à Sfax prolonge plus directement des logiques d'implantation issues du modèle colonial, fondé sur le cabinet médical individuel et la recherche d'une patientèle solvable. Historiquement concentrée

dans la médina puis dans le quartier colonial de Sfax, cette médecine de libre pratique s'est progressivement déplacée vers des quartiers plus récents comme Sfax El Jadida, suivant l'évolution des modes d'urbanisation tertiaires et des professions intellectuelles présentées précédemment. Ce mouvement d'implantation ne répond pas à une logique de couverture territoriale équilibrée, mais à celle, plus classique, de la recherche de rentabilité par la proximité géographique avec une patientèle disposant de ressources économiques suffisantes.

Le fonctionnement de ce secteur repose sur la mise en réseau informelle entre cabinets et cliniques privées, ces dernières servant de plateaux techniques pour les interventions lourdes ou spécialisées. Cette architecture rappelle les formes premières d'organisation de la médecine moderne occidentale, antérieure à la généralisation des hôpitaux publics, comme le note Léo Noyer-Duplaix (2017). À Sfax, cette structuration s'inscrit pleinement dans les logiques néolibérales de la production urbaine contemporaine, où la distribution spatiale des soins privés se superpose aux inégalités socio-spatiales. Le modèle privé, peu contraint par les obligations du service public, renforce ainsi une médecine à deux vitesses, où l'accès à une prise en charge de qualité dépend largement du lieu de résidence et du capital économique des patient·es. C'est sur ces bases, entre héritage d'une médecine de ville et centralisation du système hospitalo-universitaire, que s'est développée la médecine capitaliste contemporaine à Sfax.

2 – Croissance et privatisation : fondations des dynamiques contemporaines

À partir des années 1960, la médecine privée sfaxienne connaît une croissance soutenue portée par les médecins de ville et les cliniques familiales, dans un contexte de modernisation médicale nationale. Parallèlement, la médecine libérale consolide son ancrage citadin, soutenue par la création de la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) dans les années 1960, qui institue un dialogue inédit entre l'État et les praticiens de ville. Cette intégration du secteur privé dans les dispositifs publics d'assurance maladie participe à renforcer sa légitimité, tout en entretenant une forme de dépendance réciproque entre les deux sphères médicales. Dès cette période, le dualisme sanitaire entre secteur public et secteur privé s'installe durablement dans le paysage médical sfaxien, posant les bases des recompositions ultérieures. Cette coévolution ne relève pas tant d'une logique de concurrence directe que d'une forme d'interdépendance : le secteur public, chargé des missions de service et de formation, constitue aussi un levier d'attractivité pour le privé, qui s'implante à proximité pour capter une patientèle solvable attirée par la densité des équipements. Les deux secteurs, bien que ciblant des publics et des logiques distincts, s'ancrent dans un même espace médical structuré autour de cette complémentarité ambivalente.

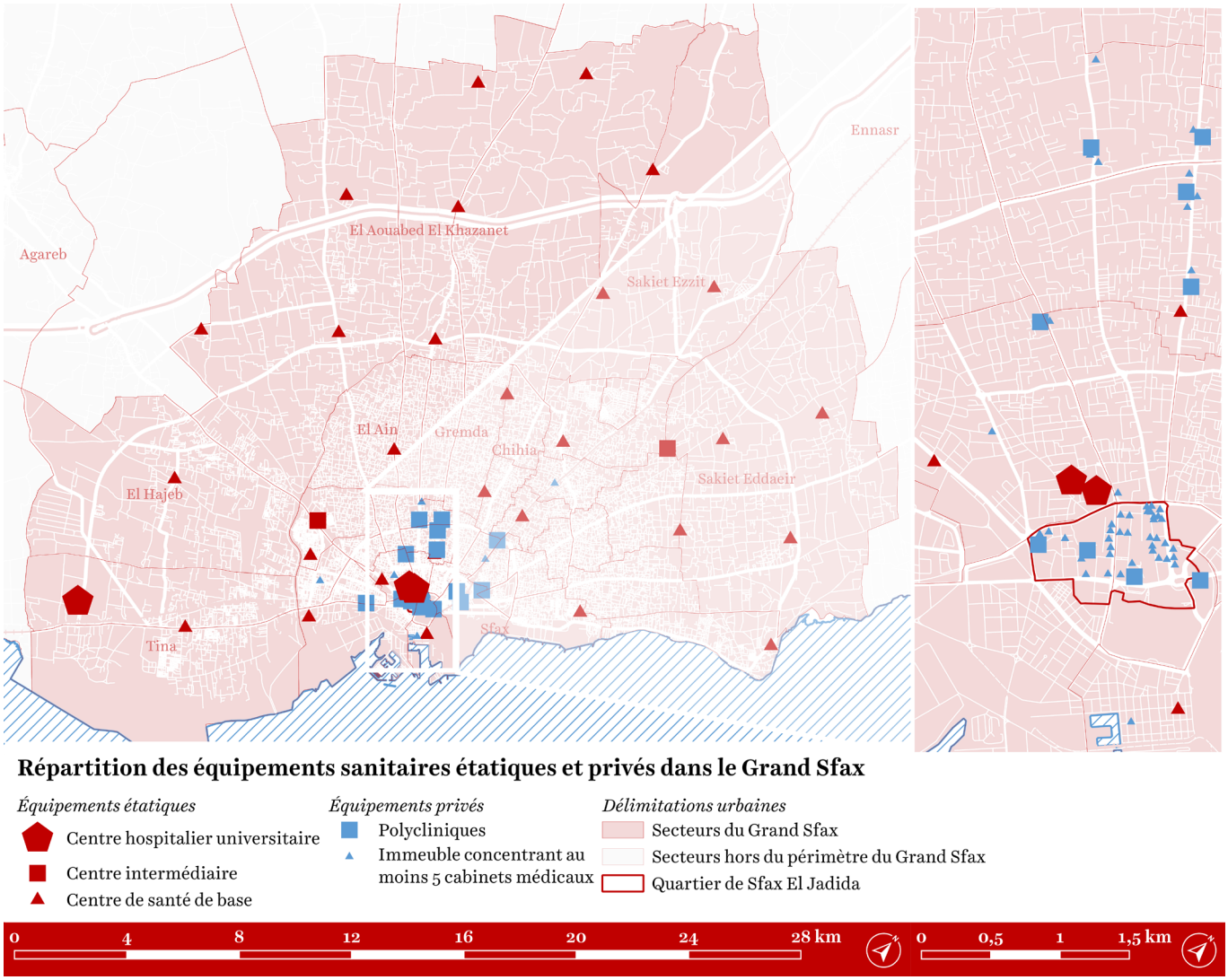


Figure 25 – Carte de la répartition des équipements sanitaires publics et privés dans le Grand Sfax. Source : relevés de terrain, ministère de la Santé publique, INS. Réalisation : Théo Maurette 2025.

À partir des années 1990, le développement du secteur privé médical à Sfax connaît une intensification remarquable, traduite spatialement par une concentration inédite des médecins de libre pratique dans les quartiers centraux de la ville. La cartographie de l'offre médicale contemporaine (Figure 25) montre une densité exceptionnelle dans le centre-ville et, plus encore, dans le quartier de Sfax El Jadida, où l'on recense plus de 600 médecins sur une superficie de seulement 67 hectares (Conseil régional de l'Ordre des médecins). Cette accumulation ne résulte pas seulement d'un tropisme urbain classique pour la profession médicale, mais d'un effet d'attraction produit par le système public lui-même. Comme le soulignent Mounir Jarraya et Gérard Beltrando (2013), les jeunes praticien·nes perçoivent une meilleure opportunité de carrière dans ces espaces centraux, au contact direct des CHU, des patientèles régionales et étrangères, et de réseaux médicaux déjà constitués : « 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 [Établissements publics de santé, ndr] 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. » (*Ibid.*, p. 13).

En ce sens, la centralité médicale devient à la fois un lieu d'ancrage résidentiel pour les médecins libéraux et un levier de captation des flux de soins issus des régions périphériques. Cette logique d'appropriation urbaine par le capital médical local montre une géographie des infrastructures de santé inégalitaire, dans laquelle les quartiers centraux cumulent les équipements, les praticien·nes et la visibilité médicale, accentuant la dynamique de dualisation du système de santé. Mais cette concentration particulière dans un seul quartier sera une dynamique à interroger et comprendre dans ses raisons et ses formes urbaines, au-delà de ce phénomène d'attractivité économique.

En marge du développement de la médecine de ville émergent les cliniques pluridisciplinaires. Si leur croissance est un phénomène relativement récent, l'histoire des cliniques privées à Sfax s'inscrit dans une temporalité longue qui débute à l'époque coloniale, avec l'établissement de la clinique Meignier dans les années 1960 par le médecin français Lucien Meignier. Cette clinique était la première structure hospitalière privée de la ville et principalement destinée aux colon·es français·es jusqu'à l'indépendance. Cet établissement marque la genèse d'un modèle clinique citadin, à la fois autonome vis-à-vis des institutions publiques et inséré dans l'économie urbaine locale. Après l'indépendance, il faudra attendre les années 1980 pour que la première clinique privée fondée par un Tunisien (la clinique Taoufik, du nom là encore de son créateur, un actionnaire tunisois) s'installe à Sfax, amorçant une nouvelle phase de création d'établissements de soins privés. La croissance du secteur s'accélère à partir des années 1990, avec la multiplication des établissements et la diversification des spécialités offertes.

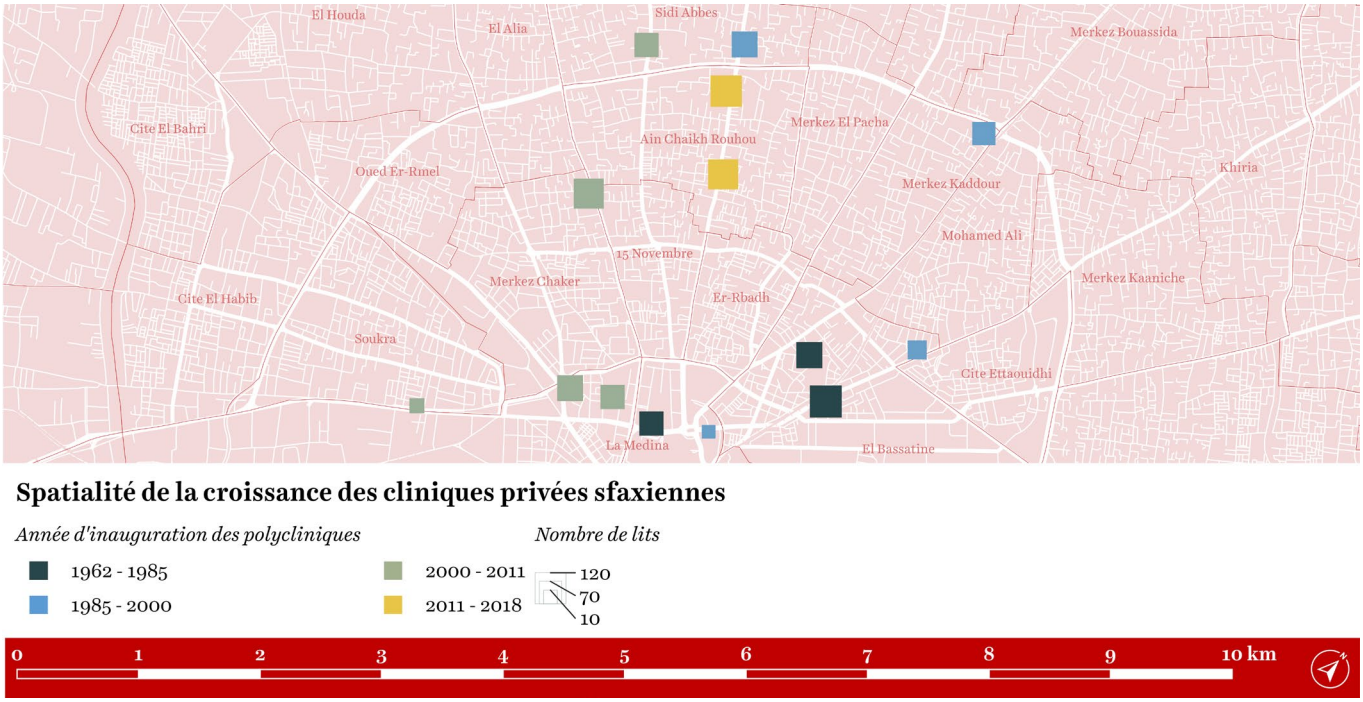


Figure 26 – Carte de la spatialité des années d'inauguration des cliniques privées sfaxiennes. Source : ministère de la Santé publique, 2019. Réalisation : Théo Maurette 2025.

Les données sur les années d'inauguration (Figure 26 ci-dessus) montrent deux foyers principaux d'implantation : d'une part, un centre-ville densément équipé, où les cliniques privées s'insèrent à proximité des établissements publics, en tirant parti de la centralité médicale existante ; d'autre part, des cliniques situées en périphérie vont s'installer, notablement le long de la route de Tunis avec la clinique Ibn Annafis et le long de la route de Gremda avec la clinique Chams. Cette distribution spatiale ne relève pas d'une logique planifiée, mais d'un opportunisme foncier, comme le suggèrent Betty Rouland, Mounir Jarraya et Sébastien Fleuret (2016) dans un contexte d'urbanisation rapide et de disponibilité foncière limitée pour ce type d'infrastructure. Cette dynamique révèle, dès les années 1990, la mise en place d'un régime dual d'implantation des cliniques privées : d'un côté, des établissements reproduisent la logique de centralité déjà observée dans la médecine publique et libérale, en se situant à proximité immédiate des CHU dans le quartier central. De l'autre côté, certains établissements commencent à s'implanter en proche périphérie, notamment le long des axes de développement urbain ou sur des friches disponibles. Ce second mouvement inaugure une tendance d'extension périurbaine de l'offre de soin privée qui sera amplifiée dans les décennies suivantes, annonçant une reconfiguration plus diffuse de l'espace médical sfaxien.

Cette organisation spatiale, combinant héritage urbain et extensions périphériques, ne se limite pas à un jeu d'échelles locales : elle s'articule à des dynamiques plus larges de mobilité médicale. En effet, les deux régimes public et privé participent à l'attractivité médicale de Sfax, mais selon des logiques distinctes. Tandis que les établissements publics, notamment les CHU, attirent des patient·es issu·es des régions

intérieures pour des soins spécialisés ou une prise en charge hospitalière lourde, les cliniques privées captent une grande partie de leur patientèle à l'international, notamment libyenne et subsaharienne. Ainsi, la ville de Sfax se positionne à la fois comme pôle régional et transnational, en s'appuyant sur une territorialisation pluriscalaire du système de soin. L'ancrage local des praticien·nes, la spécialisation croissante des établissements privés et la centralité hospitalo-universitaire publique produisent un espace de santé polarisé, où les inégalités territoriales croisent les logiques économiques de sélection des patientèles.

3 – Des recompositions contemporaines pluriscalaires

Les dynamiques contemporaines du système de soins à Sfax montrent cette dissociation croissante entre les trajectoires empruntées par le secteur public et celles du secteur privé. Cette divergence se manifeste autant dans les logiques d'implantation que dans les formes d'expansion spatiale, et donne lieu à une recomposition pluriscalaire du paysage sanitaire sfaxien. Il s'agit ici de montrer que ces transformations sont les indices d'une reconfiguration plus large des formes d'urbanisation du soin. Cette lecture permet d'articuler trois échelles : à l'échelle urbaine, elle met en lumière les tensions entre la désaturation du centre planifiée par l'état et une polarisation a priori spontanée par les acteurs privés ; à l'échelle régionale, elle souligne la difficulté de redistribution effective de l'offre publique ; à l'échelle internationale, elle interroge la façon dont l'ouverture du secteur privé se superpose aux logiques foncières endogènes plutôt qu'à un véritable projet d'ancrage dans les infrastructures internationales.

La géographie urbaine de l'offre de soins à Sfax révèle une polarisation croissante entre deux types d'implantations : d'un côté, un desserrement périphérique des infrastructures publiques, illustré par la construction du nouveau CHU et de l'hôpital militaire en dehors du tissu urbain dense ; de l'autre, une dynamique de concentration des cliniques privées dans des zones déjà urbanisées ou en cours de densification, notamment le long de la route de Gremda. Cette dernière constitue un bon exemple de ce processus, où les nouvelles cliniques (notamment Errachid, Ibn Khaldoun et Syphax inaugurées après 2010) s'insèrent dans un tissu urbain, anciennement résidentiel, en cours de verticalisation et à proximité immédiate de quartiers en expansion. Le contraste est d'autant plus saisissant que l'État choisit des terrains agricoles ou peu desservis pour ses équipements, misant sur des effets d'entraînement territoriaux à long terme, tandis que les investisseurs privés s'appuient sur les dynamiques foncières existantes et les réseaux denses de mobilité. La carte de la Figure 25 permet de rendre visible cette dualité, qui oppose une planification par en haut à une urbanisation du soin adossée aux opportunités de valorisation foncière. Loin de se compenser, ces deux logiques coexistent sans réelle articulation, renforçant la fragmentation socio-spatiale du système de santé urbain.

La périphérisation de certaines infrastructures publiques comme le nouvel hôpital militaire, assimilé à un CHU, dans le sud de Sfax, traduit une volonté politique de structurer une offre hospitalière à l'échelle régionale, en particulier en direction du Sud tunisien. Toutefois, cette ambition se heurte à des contraintes qui dépassent cette simple volonté de nouvelle spatialité : la concentration des praticien·nes, des équipements de pointe et des services spécialisés dans le centre-ville de Sfax continue de faire de la ville un nœud incontournable du système de santé régional. Si ces nouvelles implantations permettent d'améliorer la desserte finale des grands équipements hospitaliers pour une partie des patientèles régionales, elles ne remettent pas en cause la centralité médicale sfaxienne. En effet, la périphérie urbaine choisie reste structurellement dépendante du cœur médical historique, et ce compromis ne résout pas les déséquilibres profonds liés au sous-équipement chronique des gouvernorats du Sud tunisien. L'implantation périphérique du nouveau CHU à proximité immédiate de la ceinture du kilomètre 10 et de la route de Gabès le rend facilement accessible depuis l'extérieur, mais au prix d'un ancrage urbain nouveau, hors de la croissance urbaine de Sfax et finalement assez peu distante des infrastructures historiques du centre-ville. Ce paradoxe expose les limites de la stratégie de désaturation voulue par l'état : les équipements sont partiellement inaccessibles pour les patientèles régionales, et peu attractifs pour les professionnel·les de santé, renforçant une centralité sfaxienne sans réelle redistribution territoriale.

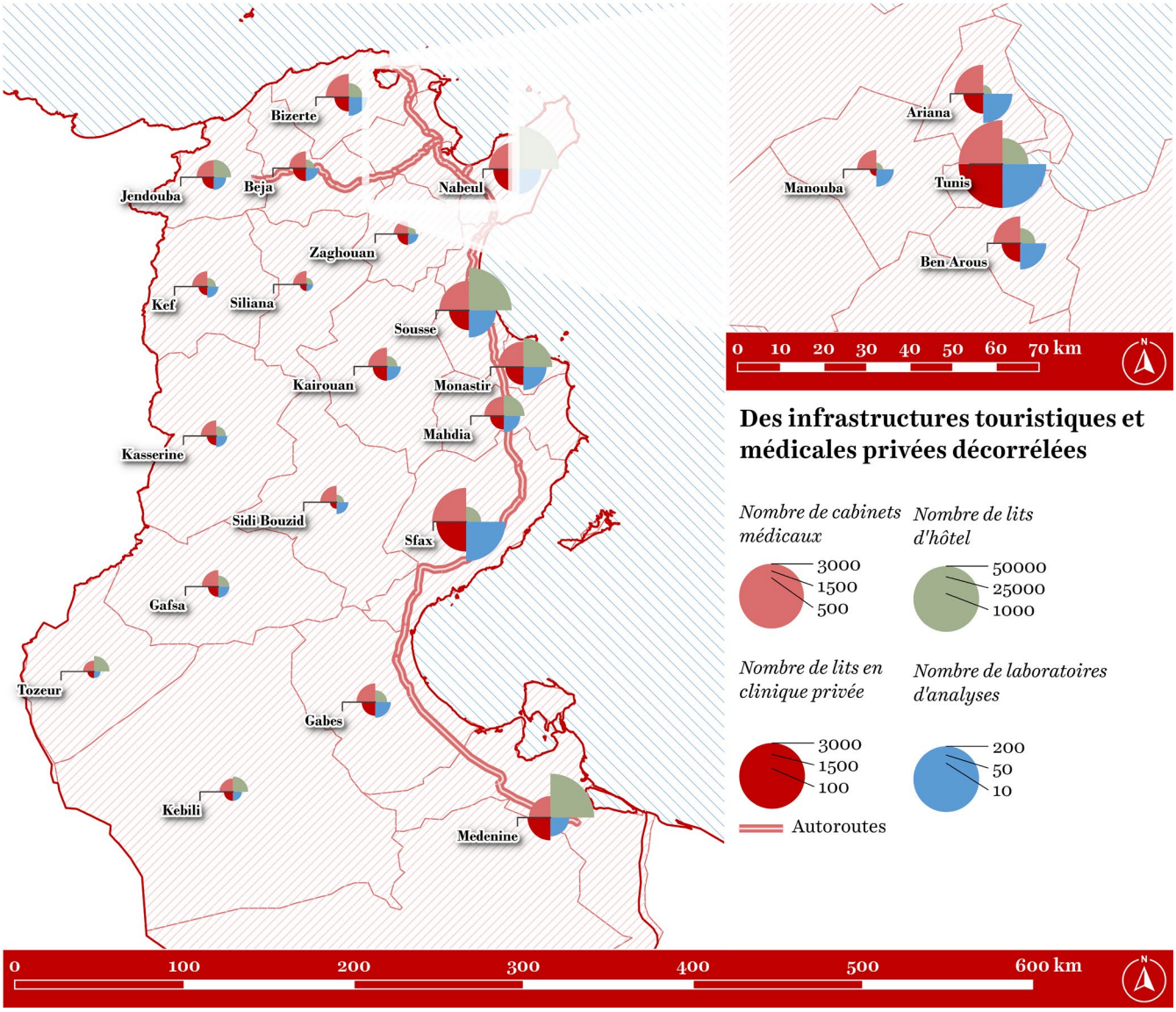


Figure 27 – Comparaison des infrastructures du tourisme international et de la santé privée en Tunisie. Source : Annuaire statistique de la Tunisie (2021), Indicateurs annuels d'infrastructure (2021), INS. Réalisation : Théo Maurette 2025.

Si le capitalisme médical privé sfaxien observe également un changement d'échelle en s'internationalisant partiellement à travers la diversification de sa patientèle, en particulier depuis les années 2000 (Lautier 2008), cette ouverture ne repose pas sur une infrastructure touristique consolidée. En Tunisie, ce sont principalement les villes du Sahel (Sousse, Monastir, Nabeul) qui ont bénéficié au 20e siècle d'investissements massifs dans les équipements hôteliers, de loisirs et de transport, pensés comme vitrines modernisatrices du pays (Miossec 1996; Hellal 2020; Hellal 2021). Ce corridor balnéaire a concentré les flux touristiques et capté les effets d'image et de rente associés à la politique touristique étatique. À rebours, Sfax n'a que partiellement bénéficié de cette dynamique, restant largement à l'écart des politiques de valorisation touristique.

La concentration actuelle des cliniques privées à Sfax, qui se déplace notamment autour de la route de Gremda dans un tissu urbain dense et tourné vers l'économie locale, ne semble s'accompagner d'aucune stratégie de couplage avec une chaîne de valeur touristique. Ce sont les dynamiques d'urbanisation interne, ancrées dans l'histoire industrielle et commerçante de la ville, qui structurent l'espace médical privé : densification des *jnens*, reconversion des huileries, montée en verticalité des parcelles. La clientèle étrangère n'accède pas à la ville via des canaux touristiques classiques. Le transit des autres patientèles (notamment européennes et ouest-africaine) par Tunis est en outre une nécessité soulignée par un rapport paru en 2010[22], en raison de la faiblesse de l'offre aérienne locale : l'aéroport international de Sfax est très faiblement desservi (moins de 150 000 passagers annuels), et ne propose que trois destinations internationales (Tripoli, Jeddah, Paris) en 2025.

Dans les faits, l'internationalisation du capitalisme médical sfaxien s'appuie donc sur la capitalisation des relations préexistantes, plutôt que sur une stratégie d'infrastructure touristique. Elle prolonge les dynamiques urbaines de densification le long des radiales, plutôt qu'elle ne semble transformer la ville pour accueillir une activité médicale globalisée. Ce modèle hybride, à la fois ouvert et localisé, contraste avec les projections classiques du tourisme médical fondées sur l'intermédiation, l'hospitalité intégrée et les liaisons aériennes. Il en découle une forme de dépendance structurelle à Tunis, qui reste la véritable porte d'entrée du soin internationalisé en Tunisie.

Ces recompositions spatiales pluriscalaires illustrent les tensions persistantes entre deux logiques de production urbaine du soin : d'un côté, un État planificateur qui, face aux difficultés persistantes, cherche à résoudre les pressions sur les équipements par une déconcentration massive, mais partiellement déconnectée des dynamiques urbaines ; de l'autre, un secteur privé opportuniste qui s'insère dans les centralités existantes et prolonge les dynamiques de densification, sans coordination d'ensemble. À l'échelle urbaine, cette dualité renforce une fragmentation socio-spatiale de l'offre de soin ; à l'échelle régionale, elle perpétue la centralité de Sfax sans permettre une véritable redistribution des ressources vers le sud ; à l'échelle internationale enfin, elle montre que l'ouverture du capitalisme médical sfaxien repose davantage sur la valorisation de relations héritées que sur une insertion dans les infrastructures globalisées du tourisme médical. Ces constats appellent à s'interroger sur l'articulation de ces dynamiques avec celles décrites tout au long de ce chapitre et sur la persistance des structures de la systémogénèse du capitalisme sfaxien incarnées dans le capitalisme médical.

[22] Voir *Étude sur la stratégie de développement économique du Grand Sfax : Initiative de clustérisation de la filière Tourisme de santé et de bien-être* (Zouari 2010)

Conclusion de section

Cette section a montré que le système de santé sfaxien expose intrinsèquement les transformations socio-spatiales de la ville et la territorialisation du capitalisme médical. Héritier d'une organisation centralisée construite dans le cadre colonial puis consolidée par l'État post-indépendance, le système de soin s'est progressivement recomposé sous l'effet des réformes néolibérales et de la montée en puissance du secteur privé. À Sfax, ces recompositions prennent appui sur des structures familiales et foncières solidement ancrées, renforçant les liens entre capital médical, spéculation immobilière et reproduction des élites locales.

Ces dynamiques se traduisent par une spatialisation de plus en plus distincte de l'offre de soins entre le secteur public et le privé, marquée par une concentration dans certaines centralités urbaines et une ouverture sélective aux circulations transnationales. Cela confirme l'intérêt d'une lecture territorialisée du capitalisme médical à Sfax, en éclairant la manière dont les enjeux de santé participent à la production ordinaire de l'espace urbain, entre héritages coloniaux et autoritaires, logiques de marché et rapports de pouvoir spatialisés.

Conclusion de chapitre

Ce chapitre a proposé une lecture de la fabrique urbaine sfaxienne, en mettant en lumière les continuités historiques et territoriales du capitalisme local. Loin d'être un produit ex nihilo de la mondialisation ou de la seule néolibéralisation, le capitalisme médical qui s'y déploie aujourd'hui s'inscrit dans une trajectoire longue, marquée par l'accumulation agraire, les alliances coloniales et l'investissement foncier urbain. Cette dynamique s'est progressivement recentrée sur l'espace urbain après l'indépendance, sans pour autant rompre avec les logiques de rente, d'enracinement communautaire et de reproduction des élites qui ont caractérisé la bourgeoisie sfaxienne depuis au moins le 19e siècle. Ainsi, ce chapitre a également permis d'introduire plus concrètement les terrains d'enquête de cette thèse, en particulier l'espace central de Sfax et la radiale de Gremda, en soulignant l'intérêt d'un ancrage dans le cas sfaxien pour analyser les configurations contemporaines du capitalisme médical. Ni central ni marginal, ce territoire donne à voir des formes spécifiques d'articulation entre économie de la santé, spéculation foncière et trajectoires historiques locales.

Ce détour par l'histoire urbaine et sociale de Sfax expose ainsi une configuration hybride du capitalisme à la fois territorialisée et globale, insérée dans des structures locales tout en étant traversée par des flux transnationaux. La ville apparaît comme un espace où se rejouent, dans la durée, les tensions entre autonomie locale et régulation centrale, accumulation capitaliste et interventions publiques. Ces tensions ne relèvent pas uniquement du passé, elles constituent la trame de fond de la production contemporaine de la ville. Autant de paradoxes qui invitent à inverser le regard : Sfax constitue un cas emblématique de l'ordinaire du développement capitaliste dans les villes du sud méditerranéen. À la croisée de l'exploitation agraire, de la coopération de classe entre bourgeoisie locale et colonisation et de la circulation du capital sur un territoire partiellement refermé sur lui-même, elle donne à voir des dynamiques de longue durée qui déjouent les lectures globales fondées sur la seule déterritorialisation du capital ou l'étude des grandes métropoles.

Dans cette perspective, on retrouve les propositions de David Harvey (1981; 2005), pour qui le capitalisme repose sur une exploitation territoriale sans cesse renouvelée. Plus encore, comme le souligne Thomas Pfirsch (2008) à propos de la bourgeoisie napolitaine, cette configuration invite à nuancer l'idée d'une élite de plus en plus mobile, déconnectée de ses territoires d'origine. Sfax, au contraire, met en évidence la persistance d'un lien étroit entre capital, territoire et reproduction sociale. Cette thèse s'inscrit ainsi dans un effort de démonstration empirique, à la suite des études sur le capitalisme contemporain : en s'attachant aux pratiques ordinaires d'appropriation de l'espace, elle montre comment l'ancrage local reste un ressort structurant des formes actuelles d'accumulation. Le chapitre suivant exposera ainsi le cadre méthodologique déployé pour analyser ces phénomènes à l'échelle de Sfax et des enjeux particuliers que cela soulève.

Chapitre 3 – Production, transformation et position : une enquête par théorisation ancrée

En réponse aux développements théoriques et à la présentation de Sfax comme terrain d'étude pertinent pour aborder la spatialité du capitalisme médical, ce chapitre expose les fondements méthodologiques qui ont guidé l'ensemble de cette recherche. Les chapitres précédents ont posé les bases d'une analyse critique du capitalisme médical à Sfax, en insistant sur ses dimensions territoriales, sociales et professionnelles. Il s'agit désormais de décrire les conditions concrètes de l'enquête, des choix méthodologiques opérés, et des principes de transformation du matériau empirique constitué. Comprendre les reconfigurations du champ médical dans un contexte post-autoritaire et décentré implique non seulement de déployer des outils adaptés, mais aussi de réfléchir aux conditions de production des données et aux effets analytiques de leur compte rendu. L'enquête s'inscrit dans une posture qualitative, inductive et constructiviste, fortement inspirée de la méthode de théorisation ancrée (*Grounded Theory*), telle que formulée initialement par Barney Glaser et Anselm Strauss (1967), retravaillée dans ses usages contemporains et adaptée aux contraintes particulières du terrain sfaxien. Cette approche suppose une attention constante aux dimensions contextuelles et relationnelles de l'objet étudié, et une construction progressive des hypothèses à partir du matériau recueilli, dans une logique itérative entre l'empirique et le conceptuel.

Dans un premier temps, le chapitre propose un panorama des principales méthodes mobilisables pour enquêter sur le champ médical capitaliste en Tunisie et sa spatialité. Il revient sur les conditions d'émergence du projet, les contraintes pratiques et les ressources disponibles. Une attention particulière est accordée aux modalités d'entrée sur le terrain, aux formes d'observation menées, à l'articulation entre dimensions individuelle et collective du travail de recherche et à ma position individuelle en tant que jeune chercheur blanc de nationalité française.

Dans un second temps, le chapitre détaille les dispositifs concrets de production de données : entretiens biographiques et semi-directifs, observations flottantes ou participantes, usage du carnet de terrain, constitution d'un corpus photographique. Il précise les principes qui ont guidé l'échantillonnage des personnes enquêtées, les conditions d'accumulation du matériau et les choix effectués face aux incertitudes du terrain.

Enfin, une troisième partie est consacrée aux opérations de transformation de ce matériau, guidées par les principes de la théorisation ancrée : codage émergent, étiquetage et production des catégories conceptuelles. Y sont décrits les outils mobilisés et

leur expérimentation pour passer d'une logique de production à une logique de transformation des données de terrain. Ce chapitre a pour ambition de rendre visible la fabrique méthodologique d'une recherche en contexte incertain, tout en inscrivant cette fabrique dans une démarche réflexive sur les positions, les accès et les effets de la recherche.

A – Structuration d'un terrain en crise

Si cette recherche s'est structurée autour d'une démarche inductive inspirée de la méthode par théorisation ancrée (MTA), son élaboration a été marquée par un ensemble d'ajustements liés aux conditions matérielles et politiques du terrain ainsi qu'à la relative nouveauté du sujet d'étude dans ce contexte. Le capitalisme médical, tel qu'il se manifeste à Sfax, est très peu documenté dans les travaux existants, obligeant à s'adonner à une forme « d'élagage » à la fois des objets pertinents, de l'explicitation de la structure du champ et des différentes échelles d'analyse. Cette incertitude initiale a orienté une posture de recherche expérimentale, construite à partir d'allers-retours constants entre les matériaux, les hypothèses provisoires et les contraintes d'accès au terrain.

Cette section vise à restituer la dynamique de construction du terrain d'enquête dans ses dimensions successives. Elle revient d'abord sur les étapes de formulation du projet, depuis l'intuition collective d'un objet lié aux circulations médicales jusqu'à l'affirmation progressive d'un questionnement situé sur le champ médical capitaliste tunisien. Elle expose ensuite les différentes phases du terrain, marqué par le télescopage des crises politiques tunisiennes post-2011 avec la pandémie mondiale de COVID-19. L'analyse des modalités d'entrée sur le terrain permet de montrer comment les contraintes, tant épistémologiques que pratiques, ont orienté mon cadre méthodologique. Enfin, cette section aborde le travail d'enquête dans ses formes individuelles et collectives, à travers des coopérations universitaires, des dispositifs partagés et une approche mixte, à la fois flexible et cumulative. Avant de détailler spécifiquement les dispositifs et les conditions de la recherche, il s'agit ici de mettre en évidence les tensions entre la rigueur méthodologique et les improvisations imposées par les événements vécus, en assumant la dimension partielle et située du terrain d'enquête qui m'a conduit à opérer ces choix.

1 – Une enquête située : trajectoire, institution et ancrages initiaux

L'introduction de la thèse l'a montré, ce travail de recherche s'ancre dans une trajectoire personnelle et collective qui a orienté les premières intuitions de l'enquête. Le cadrage initial du projet de recherche, en partie motivé par les attentes des partenaires institutionnels (collectivités locales et acteur·ices de la coopération internationale), a orienté les premières explorations vers les dispositifs économiques de la ville et leurs interactions avec les structures de soins. Une première visite de terrain a rapidement mis en lumière l'importance des polycliniques privées et des cabinets médicaux dans le paysage urbain sfaxien. Leur concentration spatiale, leur visibilité matérielle et symbolique, et leur rôle dans les flux économiques et sociaux ont immédiatement suscité un intérêt analytique fort.

Ce déplacement de focale, du secteur médico-technique vers les institutions du soin elles-mêmes, s'est accentué lors d'un stage de recherche que j'ai effectué à Tunis en 2019, au sein du programme « Cross Border Reproductive Care » (CBRC) dirigé par Irène Maffi et Betty Rouland à l'Institut de recherche sur le Maghreb contemporain (IRMC). Ce programme, centré sur les circulations transnationales de patientèles recourant à la procréation médicalement assistée (PMA) en Tunisie, a fourni un cadre théorique et empirique pour penser les articulations entre santé, mobilités et logiques de marché. L'expérience de terrain à Tunis a permis d'ouvrir le terrain vers les directions de certaines cliniques et d'instances de lobbying médical, principalement contactées via des réseaux professionnels numériques comme LinkedIn. Ces échanges ont révélé l'importance des élites médico-économiques dans la structuration du champ médical tunisien, et ont ouvert les premières hypothèses de ce travail, amenant l'idée selon laquelle ces élites pouvaient constituer une entrée pertinente dans l'analyse du capitalisme médical.

Ces premiers ancrages ont ainsi orienté la recherche vers une approche à la fois critique et territorialisée du champ médical capitaliste, en considérant Sfax non comme simple terrain d'observation, mais comme espace d'interface et de production socio-économique singulier. La problématique s'est ainsi progressivement déplacée de l'étude d'un « secteur économique prometteur » vers celle des conditions de possibilité d'un capitalisme médical spatialisé, aux régimes de santé transnationaux, et aux inégalités socio-spatiales. Ce cheminement empirique, marqué par des réajustements successifs, a constitué le socle de la posture inductive adoptée durant cette recherche.

2 – Vers un terrain en crise : chronologie et adaptation

Les temporalités de travail de cette recherche se sont construites sur la base d'allers-retours sur le terrain. D'une part, parce que cette organisation participe de l'inscription de la thèse dans les pratiques de la méthode par théorisation ancrée ; d'autre part, parce que ce terrain international présentait un certain nombre de contraintes qui rendaient difficile une présence prolongée et condensée en un séjour unique. Fait notable également, lié aux particularités du temps et des lieux de ce travail, j'ai été largement orienté et contraint par les nombreux épisodes de crises qu'a connus la Tunisie entre 2018, date de ma première entrée sur le territoire, et 2023, date de mon dernier séjour lié à la thèse. Ces éléments sont replacés chronologiquement dans le Tableau 2 ci-dessous :

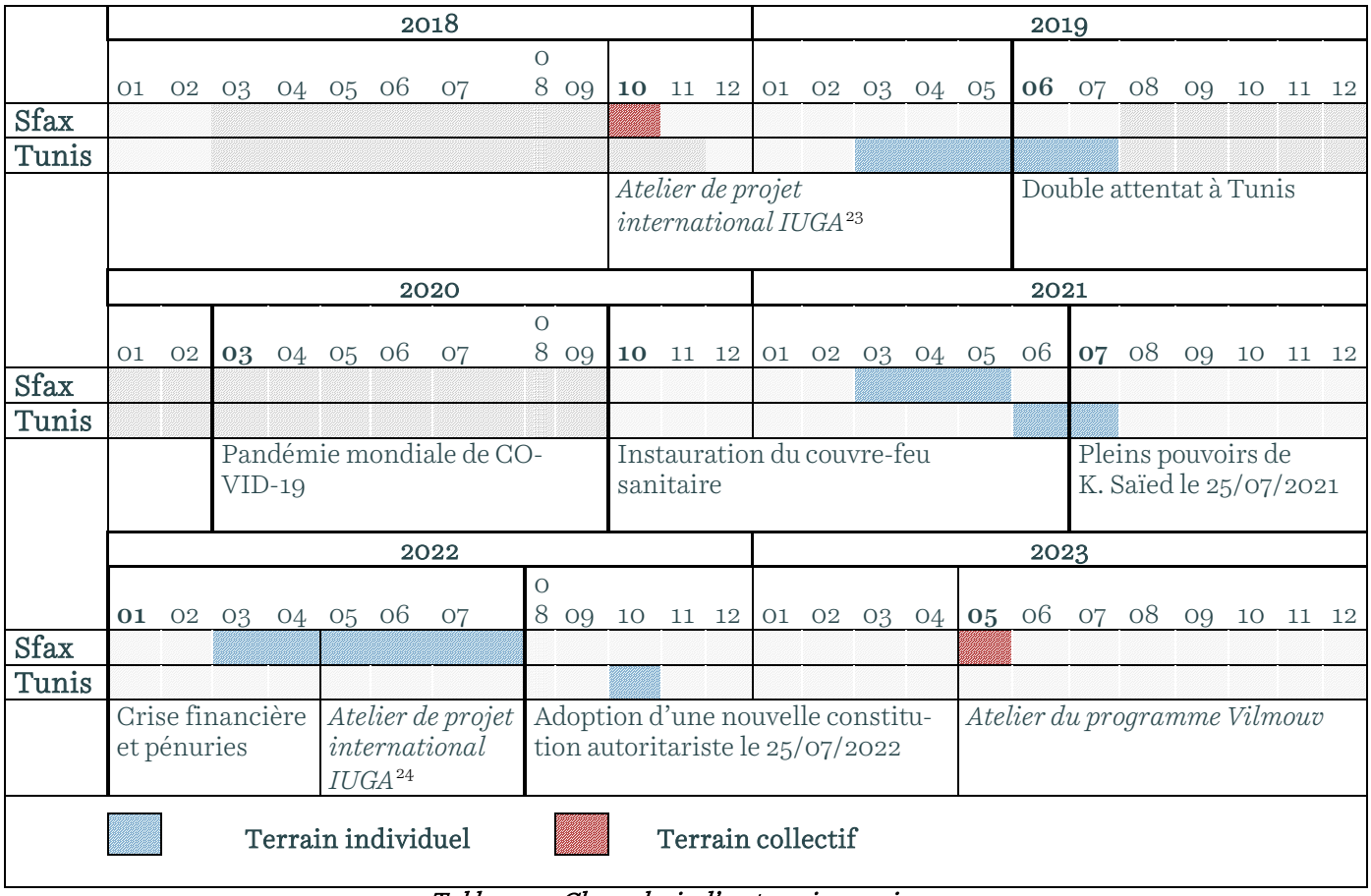


Tableau 2 – Chronologie d'un terrain en crise

La première contrainte dans l'organisation du travail en Tunisie est liée à la durée maximale de séjour sans visa pour les citoyen·nes français·es : trois mois. Cela oblige généralement à effectuer un aller-retour en avion[25] durant la période de terrain. Cette contrainte s'est aussi révélée être une opportunité permettant d'alterner entre une présence sur le terrain et un travail d'analyse hors terrain, afin de construire puis transformer le corpus de données. Les principales phases de terrain se répartissent en trois périodes prolongées de présence individuelle, et deux ateliers collectifs plus courts.

La contrainte la plus structurante, d'un point de vue pratique et épistémique, est celle d'un terrain perpétuellement en crise. La Tunisie, ancienne colonie et ancienne dictature, est traversée par des difficultés politiques, économiques et sociales récurrentes. Celles-ci oscillent entre le sous-financement chronique des structures de solidarité et des formes autoritaires de gouvernement qui, si elles se sont estompées après la révolution de 2011, font leur retour depuis la prise de pouvoir de Kaïs Saïed en juillet 2021 et l'instauration d'une nouvelle constitution en juillet 2022. Depuis les attentats

[23] En tant qu'étudiant de la promotion de master 2 2018-2019.
[24] En tant qu'enseignant encadrant la promotion de master 2 2021-2022.
[25] Sur la totalité du projet, depuis 2018, j'ai effectué 12 allers-retours entre la Tunisie et la France en avion. Pour un total d'un peu moins de 5 tonnes de CO_2, soit environ 413 kg par aller-retour, d'après les données fournies par l'ADEME.

ayant touché la capitale entre 2015 et 2019, jusqu'aux pénuries de ressources critiques et à la crise internationale déclenchée par la pandémie de COVID-19, ma pratique du terrain a dû être continuellement réajustée. Les questions sécuritaires pèsent de manière permanente sur la recherche scientifique en Tunisie, comme le rappelle l'introduction du colloque « Contraintes et libertés de la recherche scientifique au Maghreb » ayant eu lieu en septembre 2024 à l'IRMC, coordonné par Katia Boissevain et Jérôme Heurtaux. Ces dernier·es soulignent que la recherche en sciences humaines et sociales au Maghreb est confrontée à une crise plurielle, combinant des sous-financements chroniques, le poids de la bureaucratie universitaire, la dégradation des infrastructures, le verrouillage de certaines archives, la fermeture de terrains sensibles et les entraves à la mobilité des chercheur·euses. Dans ce contexte de « désacralisation du monde universitaire » (Dris-Aït Hamadouche, Oussedik et Taleb Ibrahimi 2022), les jeunes chercheur·euses, en particulier, rencontrent de nombreuses contraintes dans l'accès aux financements et aux terrains. En Tunisie, la période post-25 juillet 2021 a marqué un tournant, suscitant de nouvelles inquiétudes quant aux libertés académiques. Au-delà de la méfiance des pouvoirs publics envers les sciences sociales, les administrations tunisiennes ne pratiquent pas une politique d'ouverture ni de transparence concernant leurs bases de données. Si ma thèse a été financée et principalement soutenue par une université française, ce contexte a néanmoins impacté mon travail de terrain.

La pandémie de COVID-19 a particulièrement touché la Tunisie à partir de la fin 2020. Si le pays a d'abord été cité en exemple de bonne gestion de la crise, le système de santé public s'est rapidement retrouvé en grande difficulté pour organiser des services d'urgence massifs (Jarraya 2024). Les pénuries de produits essentiels, notamment d'oxygène, ont révélé les failles grandissantes d'un système de soin en tension depuis de nombreuses années. L'approvisionnement en vaccins, limité, a contrasté avec la qualité historiquement reconnue des campagnes de vaccination du pays (Farigoul 2015). La surcharge du système public a fortement limité mes opportunités de rencontre dans ce secteur. À l'inverse, il a été beaucoup plus simple de rencontrer des médecins de ville et des professionnel·les exerçant dans les cliniques privées. Cette accessibilité tenait à leur relative autonomie face à la gestion de crise, à une moindre exposition selon les spécialités, mais aussi à la baisse de leur activité du fait de la fermeture de la frontière libyenne. La gestion autoritaire de la pandémie s'est traduite par des dispositifs de contrôle stricts : quarantaine à l'entrée sur le territoire, couvre-feu nocturne, interdiction de circulation entre gouvernorats. Ces restrictions étaient particulièrement contraignantes à Tunis, divisée en quatre gouvernorats. À Sfax, elles étaient plus souples, rendant ce terrain plus accessible et plus praticable durant la crise, ce qui a aussi influencé mon choix de m'y concentrer davantage.

À l'été 2021, à la clôture de mon premier terrain de thèse déjà marqué par la pandémie, le président Kais Saïed a activé l'article 80 de la Constitution, se dotant ainsi des pleins pouvoirs. Cette décision, prise dans un contexte de blocage politique et de crise

sanitaire, a produit un climat de tension dans les administrations. Nombre d'agents du secteur public ont perçu ce tournant comme un relatif retour à l'arbitraire de l'époque Ben Ali, ce qui a compliqué l'accès aux données et aux fonctionnaires sur des sujets sensibles, notamment en santé publique. Par ailleurs, la pression exercée par les institutions internationales, comme le Fonds monétaire international (FMI), qui enjoint fréquemment à la Tunisie de réduire drastiquement l'emploi public en échange de prêts, a contribué à une indisponibilité accrue des fonctionnaires et à une certaine méfiance institutionnelle envers les études susceptible d'exposer leurs pratiques ordinaires.

Dans ce contexte, l'enquête s'est révélée bien plus fluide dans le secteur privé, où l'accueil a souvent été rapide et bienveillant. Ce secteur reste cependant marqué par ses propres crises. En 2019, le principal syndicat des polycliniques faisait déjà l'objet de critiques autour de la surfacturation et de pratiques de gestion contestées. Durant la pandémie, certaines cliniques privées ont été accusées d'avoir facturé des prises en charge aux urgences à des montants très élevés, suscitant la colère de familles souvent incapables d'en assumer le coût. Cette réputation dégradée a pu rendre certain·es de mes interlocuteur·ices méfiant·es lors des premiers contacts, voire a généré des refus nets d'être interrogé·es.

3 – Dispositifs méthodologiques principaux et une entrée par les agents

Tenant compte des contraintes de terrain évoquées précédemment, mais aussi du faible nombre de travaux empiriques consacrés au capitalisme médical en Tunisie, et à Sfax en particulier, cette recherche a progressivement adopté une posture inductive, centrée sur l'étude de ses agents. Ce choix s'imposait à la fois pour des raisons pratiques (accès au terrain, incertitude contextuelle) et épistémologiques : dans un champ académique encore peu balisé, il fallait privilégier une démarche exploratoire ouverte, capable de laisser émerger les catégories d'analyse à partir des données construites sur le terrain. En croisant ces premières intuitions relevées sur le terrain et les explorations bibliographiques subséquentes, trois axes d'entrée possibles ont été envisagés : foncier, économique, et social. Chacun de ces axes ouvre sur une configuration particulière d'enquête, avec ses apports potentiels, ses limites pratiques ou analytiques, et des corpus bibliographiques spécifiques.

L'entrée foncière : opacité et pluralité des régimes de droit

Le chapitre précédent a souligné l'importance de l'ancrage foncier du capitalisme médical à Sfax, en lien avec une histoire plus large d'accumulation et de réinvestissement de la rente foncière par les élites locales (Fredj Fakhfakh 1977; Hadjigeorgiou 2000; Bennasr 2006; Gasmi 2006). L'analyse foncière est centrale dans la littérature sur les recompositions urbaines tunisiennes (Barthel 2003; Ben Othman 2009), qui documente avec précision les stratégies d'investissement, les logiques spéculatives et les

usages politiques des documents d'urbanisme. Néanmoins, à Sfax, la difficulté d'accès aux archives foncières, au cadastre et aux données de transactions immobilières a constitué un frein important. Contrairement aux travaux tunisois qui ont pu s'appuyer sur des données publiques ou des appuis institutionnels (AFH, municipalité), l'opacité des institutions sfaxiennes et la réticence des professionnel·les à partager ces informations ont limité la possibilité de reproduire ce type d'approche.

À cela s'ajoute la complexité intrinsèque de ces bases de données, qui recouvrent souvent plusieurs régimes de droits fonciers (propriété privée, biens *habous*, biens collectifs, etc.). De plus, dans certains cas, des situations juridiques hybrides nécessitent une compréhension fine du contexte local. À Sfax, plusieurs sources au sein de la municipalité m'ont permis d'en appréhender les contours : certain·es interlocuteur·ices ont mentionné la possibilité de consulter des plans cadastraux disponibles auprès de l'AFH (Agence foncière d'habitation) ou de la SNIT, mais leur accès restait limité. Les procédures d'autorisation de consultation étaient parfois trop fastidieuses et auraient alors été envisagées comme l'unique corpus de la thèse. D'autres ont évoqué la conservation foncière et l'Office topographique du cadastre, où des plans indiquant les titres fonciers et les réquisitions sont consultables sur demande. Mais pour ces types de documents, il est fréquent de faire face à des biens non immatriculés, dont la propriété repose sur des documents notariés ou des titres hérités de régimes de droits islamiques. Il aurait donc fallu, pour cela, croiser ces sources avec des relevés de terrain auprès des propriétaires. Une autre méthode indirecte aurait alors pu consister à passer par les dossiers de permis de construire conservés par les services municipaux, où figure parfois un extrait de titre ou un historique des divisions foncières. Néanmoins ces documents sont souvent rédigés en arabe et leur interprétation suppose des compétences linguistiques spécifiques ou un appui local soutenu tout au long de l'enquête.

Ce maillage complexe d'acteurs, de régimes et de sources explique en partie la difficulté à systématiser une approche fondée uniquement sur les données foncières et cadastrales et nécessite, pour être pertinent, un travail d'enquête minutieux, de traduction et de vérification croisée. Si j'ai eu un accès ponctuel à quelques permis de construire et plans, l'exploitation de ces sources m'aurait valu un investissement considérable en temps et en compétences, qui, s'il était envisageable, n'aurait sûrement pas été compatible ni avec les temporalités d'un travail de terrain doctoral mené dans un contexte instable, ni ne m'aurait permis d'explorer les autres approches en parallèle. En réponse à ces contraintes, l'analyse foncière a été réorientée vers les récits d'acteurs, les logiques d'appropriation foncière décrites lors des entretiens, et les observations directes réalisées sur le terrain. Cette approche a permis de montrer, autrement, les mécanismes spatiaux et sociaux de la valorisation foncière, sans passer par ces bases de données difficilement accessibles, au prix d'une précision et d'une quantification que je n'aurai pas la prétention de présenter ici. Par ailleurs, les travaux existants sur le foncier sfaxien déployés dans le chapitre précédent dressent déjà une analyse et des

hypothèses solides, qui peuvent aussi mettre en doute la nécessité de reproduire un travail d'inventaire pour le seul besoin du sujet exploré ici.

L'entrée économique : affiner les lectures macro

Une autre entrée, économique, a également été retenue dans cette recherche, mais elle ne s'est pas appuyée sur une approche économétrique ou statistique, à la manière des travaux de Marc Lautier (2005; 2008; 2013), qui cartographient les flux de soins à l'échelle du Maghreb et du Moyen-Orient. En s'appuyant sur des données macro-économiques produites par des agences internationales ou des administrations publiques, Marc Lautier met en évidence le rôle croissant de l'exportation de soins dans les économies émergentes. Toutefois, dans le contexte sfaxien, l'économie médicale se caractérise par une forte opacité : peu soumise à la fiscalité, peu encadrée par des dispositifs de régulation publique transparents, elle échappe en grande partie aux comptages statistiques institutionnels. De plus, le secteur médical privé est considéré comme stratégique et sensible par les autorités tunisiennes, ce qui limite la mise à disposition de bases de données consolidées, même auprès d'acteurs institutionnels. La construction d'une base de données pertinente sur cette économie supposerait un travail collectif à l'échelle nationale, mobilisant des moyens conséquents, une couverture territoriale large, et une alliance entre chercheur·euses et institutions. Les travaux de Betty Rouland, Mounir Jarraya et Sébastien Fleuret (2016; 2020) ont ouvert la voie à ce type de travail, qui reposait davantage sur des enquêtes auprès des établissements médicaux eux-mêmes, documentant les formes d'organisation de l'accueil et les circuits économiques du tourisme médical. Cette approche par les agents du champ convient plus à l'horizon de faisabilité que laisse entrevoir un chantier doctoral, c'est pourquoi j'ai favorisé dans cette recherche l'appréhension des facteurs économiques comme une dimension relationnelle et structurelle du champ médical, à travers l'analyse des rapports de force économiques, des stratégies d'investissement, des parcours de propriétaires de cliniques ou d'intermédiaires, plutôt que par la mesure agrégée de flux ou d'indicateurs macro-économiques. Cette approche permet de documenter les mécanismes d'accumulation et de légitimation dans un contexte territorial précis.

L'entrée sociale : observer les agents au cœur du champ

En dernière analyse, c'est donc l'entrée sociale qui a été privilégiée, dans une approche sociologique et géographique attentive aux dynamiques sociales, aux parcours professionnels et aux rapports de pouvoir intrinsèques et extrinsèques au champ médical capitaliste. Cette orientation prolonge, sans s'y limiter, les propositions méthodologiques formulées dans les travaux d'Audrey Bochaton (2015) et Meghann Ormond (2018), et rejoint également l'appel de John Connell (2016) à « réduire l'échelle » pour observer les faits sociaux concrets qui sous-tendent, pour leur cas, les mobilités médicales transfrontalières. Elle prolonge là aussi les propositions de David Harvey, qui visent à analyser le capitalisme dans ses manifestations concrètes et territorialisées, mais

en s'éloignant des grands panoramas que dresse cet auteur pour privilégier une description fine, située et empiriquement étayée. L'entrée par les agents permet de rendre compte de la diversité des positions, des stratégies et des rapports sociaux qui structurent le champ médical capitaliste.

Ce sont les interactions quotidiennes, les parcours professionnels, les formes de légitimation et les conflits internes qui ont constitué le matériau central de l'analyse. L'attention a ainsi été portée sur les cliniques privées, mais aussi sur les cabinets de spécialistes, aux réseaux de recrutement de patients, aux agents administratifs, aux aides-soignant·es, et aux agents de l'intermédiation. Cette focale sur les dynamiques sociales et spatiales a permis d'articuler la lecture des rapports de pouvoir à une observation fine des pratiques d'appropriation territoriale.

Plutôt qu'un cloisonnement en trois approches disjointes, c'est donc une articulation progressive entre ces perspectives qui s'est imposée au fil du terrain. Les entrées foncière et économique ont nourri la compréhension du contexte et des structures d'accumulation, tandis que l'entrée sociale a constitué la porte d'accès principale à l'analyse empirique. Elle a permis de suivre les circulations, les discours et les positionnements des agents du capitalisme médical, dans une perspective située et inductive.

4 – Une approche inductive sous contrainte

L'adoption d'une méthode inductive ne résulte pas seulement d'un choix épistémologique initial, mais s'est aussi imposée par la configuration concrète du terrain et des contraintes rencontrées tout au long de l'enquête. Ce positionnement s'est construit par ajustements successifs, en fonction des interlocuteur·ices accessibles, des résultats d'observation, et des effets de cadrage produits par les situations de terrain elles-mêmes. La répartition empirique du matériau recueilli reflète cette dynamique. Une majorité des entretiens et observations a été réalisée auprès de médecins du secteur privé, de dirigeant·es de cliniques, de professionnel·les de l'intermédiation médicale, et d'agents du financement ou de la gestion. Les personnes rencontrées, francophones, relativement disponibles et numériquement accessibles (via LinkedIn ou WhatsApp), ont constitué une porte d'entrée privilégiée, d'autant plus lorsque leur activité a été temporairement ralentie par la crise sanitaire et la fermeture des frontières. À l'inverse, les rencontres avec des médecins hospitalier·es, des agents de l'État, ou des représentant·es des syndicats, si elles ont été possibles, ont été bien plus limitées, du fait de la surcharge de travail, des lenteurs de la bureaucratie ou d'un climat de méfiance vis-à-vis des chercheur·euses en particulier étranger·es.

L'accès aux personnes enquêtées a également révélé des asymétries plus structurelles, liées aux effets de genre, de classe, d'âge ou de langue. Mon profil (jeune homme blanc, francophone, universitaire étranger) a pu constituer un facteur facilitant dans certains milieux professionnels masculins, entrepreneuriaux ou libéraux. Il a en revanche pu freiner l'accès à des groupes plus précaires, féminisés ou méfiants à l'égard

d'une parole extérieure perçue comme savante ou institutionnelle. De même, l'usage du français comme langue de l'enquête a limité les interactions avec les catégories les plus éloignées de cette pratique linguistique. Dans ce contexte, la planification rigide d'un échantillon n'a pas été envisagée, au profit d'une logique d'opportunité. L'enquête s'est ainsi construite « par le bas », selon les rencontres possibles, les invitations reçues, les refus encaissés et les observations qui en ont découlé. Cette configuration a permis de documenter certains pans du champ médical capitaliste, mais aussi d'en rendre visibles certains silences, absences ou blocages. Le caractère inductif de l'enquête n'a donc pas seulement servi à produire des catégories analytiques, mais aussi à rendre compte des conditions concrètes de production du savoir, dans un champ inégalement ouvert à l'investigation.

Enfin, cette approche inductive, que je qualifie de « sous contrainte » s'est accompagnée d'un travail réflexif sur mes propres stratégies de terrain : comment interpréter un refus ? Que signifie une réponse rapide et cordiale ? Quelle est la part d'improvisation dans l'observation ? Dans un contexte marqué par la fermeture politique, les risques sanitaires et les tensions sociales, ces questions ont été centrales. Elles ont orienté une posture méthodologique souple, attentive aux dynamiques relationnelles, et soucieuse de rendre compte des effets de structure autant que des jeux dialectiques entre les agents. C'est donc une articulation progressive entre ces perspectives qui s'est imposée au fil du terrain. Les entrées foncière et économique ont nourri la compréhension du contexte et des structures d'accumulation, tandis que l'entrée sociale a constitué la porte d'accès principale à l'analyse empirique. Elle a permis de suivre les circulations, les discours et les positionnements des agents du capitalisme médical, suivant cette perspective située et inductive.

5 – Situer l'enquêteur

En tant qu'homme blanc de nationalité française menant une enquête dans un espace étranger, postcolonial et racisé, la question de la position ne peut être éludée. Elle a directement conditionné mes accès au terrain, influencé mes choix méthodologiques et restreint certaines pistes. Ma socialisation dans le champ médical capitaliste tunisien s'est faite par un double canal : d'une part via des connaissances personnelles et institutionnelles, d'autre part par des démarchages directs en ligne. Toutefois, la facilité avec laquelle les personnes ont accepté de me rencontrer, et les nombreuses recommandations qui ont suivi interrogent sur les conditions sociales de cette reconnaissance et de cette confiance. Trois dimensions de ma position m'ont, selon moi, permis de bénéficier de ce climat favorable :

- Une inscription dans l'histoire post-coloniale franco-tunisienne
- Une nationalité française dotée de privilèges spécifiques
- Une compétence linguistique en français dans un espace plurilingue

Enquêter dans un contexte post-colonial (écrit ici avec un tiret pour insister sur sa dimension temporelle, à la manière d'Yves Clavaron (2015)) suppose de prendre en compte les continuités administratives, sociales et culturelles entre la France et la Tunisie. Comme évoqué plus haut, l'administration tunisienne et notamment le système de santé restent largement structurés selon des principes hérités de la République française (Camau, Zaïem et Bahri 1990). Ces similarités facilitent les échanges, notamment avec les universitaires et les médecins, dont les trajectoires académiques sont souvent francophones, et dont les pratiques professionnelles sont déjà en partie codées selon des normes françaises. Cette convergence se retrouve dans les liens étroits entre universités tunisiennes et françaises, soutenus par des dispositifs de coopération bilatéraux, des programmes de mobilité et des espaces de socialisation communs, que les médecins connaissent bien et mobilisent fréquemment. Ces interactions préalables constituent une forme de familiarité propice aux échanges. Au quotidien, cela se ressentait également, en particulier lorsqu'il s'agissait d'évoquer des références culturelles communes (film, musique et littérature) ou de pratiquer des loisirs, qui nous étaient communément familiers, comme le VTT, bien que très éloignés de l'ordinaire des classes populaires tunisiennes.

Mais cette proximité ne signifie pas l'absence de tensions. L'histoire postcoloniale (sans tiret cette fois-ci, pour s'en référer à sa dimension politique) se manifeste également par des formes de rejet ou de critique à l'égard de la présence française. François Pouillon (2013) rappelle que le s*oft power* français en Tunisie, s'il demeure puissant, est aussi régulièrement remis en question, tant par des citoyen·nes que par des institutions. Cette ambivalence s'est concrètement traduite dans mes interactions : alors que les agents du privé m'ont largement ouvert leurs portes, les administrations publiques se sont montrées plus réticentes. Certaines personnes rencontrées dans les institutions publiques ont parfois exprimé des réticences explicites, me positionnant comme représentant implicite de politiques françaises critiquées, voire comme interlocuteur privilégié d'une défiance historique vis-à-vis de la France. Ces critiques, bien que je les partage, m'ont poussé en les incarnant à être d'autant plus attentif aux asymétries de pouvoir en jeu dans la relation d'enquête.

Ma nationalité française a constitué un marqueur fort dans mes interactions. Elle a structuré mes accès au terrain en définitive de manière plus décisive que ma couleur de peau, mon attitude ou ma langue. Bien que ces critères aient aussi joué un rôle, c'est bien la nationalité qui s'est imposée comme le premier facteur d'inégalité, bien qu'étant invisible : possibilité d'entrer gratuitement en Tunisie pour 3 mois, facilité de renouvellement par simple sortie du territoire, statut symbolique associé au passeport français dans certaines interactions quotidiennes[26]. Je n'ai jamais été confronté à une

[26] Je pense notamment ici aux facilités que la présentation du « passeport rouge » a permis à de nombreuses reprises, en particulier lorsque la gestion de la pandémie par le

demande de visa ni à des restrictions administratives. À l'inverse, les médecins rencontré·es, bien qu'ils et elles connaissent bien les rouages de l'obtention de visas pour la France, sont soumis·es à des procédures conditionnelles parfois humiliantes (Jaballah 2021). Cette asymétrie, qui renforce les inégalités structurelles dans les mobilités internationales, était perçue lors des entretiens et l'évocation de mon passeport par les enquêté·es se faisait régulièrement sous l'angle de la frustration.

Enfin le plurilinguisme tunisien, caractérisé par la coexistence du tunisien dialectal, de l'arabe standard, du français et plus récemment de l'anglais, structure fortement les hiérarchies sociales. Le français, langue de l'administration, de l'enseignement supérieur et de la médecine, reste la langue dominante dans les sphères sociales élitaires. Comme le rappelle Noureddine Sraîeb (2000), ces langues ne sont pas de simples outils de communication : elles renvoient à des corpus juridiques, à des manières de dire le droit, d'administrer, de gouverner, qui orientent les formes d'État et d'autorité. L'arabe officiel, utilisé dans les textes juridiques et administratifs, est un arabe standard, distinct de l'arabe tunisien parlé. Or, comme le montre Noureddine Sraïeb, cette standardisation formelle cohabite avec une application quotidienne contextualisée et dialectale, qui produit une tension entre normativité et usages vernaculaires.

Dans ces échanges plurilingues, les langues européennes, et particulièrement le français, opèrent comme des marqueurs de distinction et structurent nombre de sociolectes, notamment dans les milieux médicaux et scientifiques. En pratique, mes enquêtes se sont déroulées quasi intégralement en français. Le français étant ma langue maternelle, j'y bénéficiais d'une aisance et d'une légitimité qui pouvaient parfois désavantager mes interlocuteur·ices, notamment sur le plan lexical et discursif. Toutefois, cette asymétrie était partiellement compensée par ma méconnaissance du champ médical, qui les plaçait, elles et eux, en position d'autorité sur les savoirs spécialisés. Il s'est donc souvent établi une forme de négociation linguistique où chacun·e possédait une partie de l'expertise. Ces interactions faisaient émerger un sociolecte partagé et situé, nourri des héritages coloniaux, des pratiques professionnelles, et des arrangements contextuels. J'ajouterai enfin à cela une pratique particulière du français en Tunisie, propre à cet espace linguistique, fait de références et de tournures de phrases qui lui sont spécifiques et qui m'ont demandé un certain temps d'apprentissage[27].

Ma position sur le terrain ne saurait se réduire à des variables administratives ou linguistiques. Elle s'inscrivait aussi dans des proximités sociales, raciales et genrées, qui ont favorisé certains accès tout en orientant mes interactions. Le fait d'appartenir à une classe sociale perçue comme dominante, en raison de mes droits, de mes moyens

gouvernement est passée par des restrictions de circulation importantes entre les gouvernorats que ma nationalité permettait de contourner.

[27] L'usage du superlatif « trop » en substitut de « très » est un petit exemple de ces usages qu'il faut saisir pour comprendre et manier la nuance dans la pratique du français en Tunisie.

matériels, de mon *hexis* corporelle (Bourdieu 1972), a produit une forme de reconnaissance implicite auprès des médecins rencontré·es. Cette reconnaissance s'ancre aussi dans une perception raciale : dans un espace où la blanchité est valorisée, en particulier dans les sphères citadines et élitaires de Sfax, j'ai pu bénéficier d'un accueil associé à cette identité, qui s'entremêle parfois avec les clichés touristiques.

Cette reconnaissance implicite renvoie à une forme de légitimité à « être là », qui reste inaccessible à nombre de chercheur·euses tunisien·nes, qui ont pu m'en témoigner, en raison d'obstacles institutionnels, politiques ou symboliques. De même, mon genre masculin, dans un espace professionnel fortement masculinisé, a facilité certaines formes de proximité, renforçant parfois une complicité genrée dans les échanges informels, comme évoquée plus haut. Ces complicités, si elles ont facilité l'accès, ont également contribué à orienter les types de données construites, en filtrant les voix et en orientant les récits.

Conclusion de section

La construction du terrain a constitué une phase déterminante de cette recherche, tant du point de vue de l'accès aux agents que de l'élaboration progressive de l'objet de recherche. Le projet s'est déployé dans un contexte instable, marqué par des contraintes politiques, des replis sectoriels, mais aussi des opportunités, en particulier permises par des collaborations institutionnelles comme celle avec le laboratoire Syfacte de la faculté de lettres et de sciences humaines de Sfax. Cette instabilité, loin de figer la démarche, a nécessité des ajustements permanents des outils d'enquête et des catégories d'analyse. Les choix méthodologiques ont ainsi été orientés par des effets de conjoncture autant que par des principes d'ancrage inductif. Le recours à une approche mixte, à des points d'entrée multiples et à une posture réflexive sur ma position de chercheur dans le champ, a permis de documenter la diversité des logiques à l'œuvre dans le capitalisme médical sfaxien, tout en assumant les biais induits par les conditions d'accès. En retraçant la genèse du projet et la structuration du terrain, cette section était un préalable devant montrer que la méthode, dans une recherche située, ne précède pas le terrain, mais s'invente avec lui. La section suivante s'attache dès lors à expliquer cette méthode dans ses principes et ses usages concrets.

Encadré : les conditions de la production de données par théorisation ancrée

La possibilité de louer un logement dans un espace précis, y compris dans une zone considérée comme difficile d'accès pour les Tunisien·nes moyen·nes, tout en gagnant la confiance des propriétaires pour une durée de location relativement courte, a tout à voir avec mon statut et ma condition sociale en Tunisie. Cette facilité a permis de conduire l'enquête dans des lieux correspondant à mes premières hypothèses et d'être

à l'aise pour mener le travail au quotidien. Ces conditions font partie de ce qui relève des facilités des chercheur·euses du nord à mener des enquêtes au sud.

Le visa et l'accessibilité tarifaire des billets d'avion dans l'espace franco-tunisien sont également un fait notable de ces facilités. Comme mentionné plus haut, l'entrée pour 3 mois en Tunisie est gratuite pour les citoyen·nes français·es et le coût de la vie y est en moyenne 6 fois moins élevé (hors logement) au quotidien, ce qui permet là aussi une plus grande liberté de manœuvre, que ce soit pour la mobilité ou dans les consommations courantes, incluant celles liées à la pratique du terrain (le travail récurrent depuis les cafés, par exemple).

Aussi, conduire une recherche de terrain tout en étant salarié via un contrat doctoral permet de s'affranchir d'une contrainte de temps ou de dépendance matérielle à un travail tiers. Il est important de rappeler que toutes les thèses ne sont pas financées, ni tous les travaux de recherche et que le temps de travail ainsi que sa qualité sont des variables importantes pour mener ces enquêtes au long cours qui nécessitent de passer du temps et d'être disponible parfois à toute heure pour pouvoir rencontrer des personnes sur le terrain. Le temps de travail effectif est notablement bien plus élevé durant les phases immersives sur le terrain que durant le reste de la thèse. Outre la charge mentale quotidienne, j'ai rarement vécu le quotidien en Tunisie comme étant en dehors du travail de terrain, qui en a occupé la plus grande place. C'est aussi un fait notable des conditions de production des données et connaissances associées à une enquête qualitative, qui sont largement dépendantes de cet engagement de temps et de moyens sur des périodes souvent concentrées dans le temps.

B – Une enquête par théorisation ancrée

Tenant compte des propositions bibliographiques et des contraintes induites par les événements et les pratiques de terrain, la méthode d'enquête mobilisée dans cette thèse repose principalement sur deux dispositifs : l'entretien semi-directif et l'observation non participante. Ces méthodes qualitatives sont systématiquement articulées à l'usage régulier du carnet de terrain, qui en constitue à la fois le support réflexif et le fil conducteur. L'ensemble de cette pratique d'enquête s'inscrit dans une approche inductive, ancrée dans la tradition de la *Grounded Theory* (méthode par théorisation ancrée, siglée ici comme MTA), que je présente comme cadre méthodologique général avant d'expliciter mes choix et limites de terrain.

Conceptualisée par Barney Glaser et Anselm Strauss (1967), la méthode par théorisation ancrée vise à formaliser un mode de production de connaissances fondé sur une analyse inductive et itérative des matériaux empiriques. Elle repose sur l'idée que la conceptualisation peut émerger de la mise en relation de propriétés théoriques issues des données elles-mêmes. Ce processus permet de générer, par comparaison constante, des catégories conceptuelles stabilisées, à partir desquelles une réflexion théorique généralisante peut être construite. Cathy Urquhart (2013) a contribué à actualiser cette approche en insistant sur sa capacité à stimuler la créativité du chercheur ou de la chercheuse. Plutôt qu'une application mécanique d'un cadre théorique préalable, il s'agit de produire celui-ci de manière située, à partir des matériaux collectés. Dans cette perspective, les apports bibliographiques ne sont pas écartés, mais mobilisés comme ressources heuristiques : ils orientent les hypothèses de départ et les outils de collecte sans s'imposer comme grille interprétative prédéfinie. Le travail empirique repose donc sur une dynamique parallèle entre production, analyse et interprétation des données. Les phases exploratoires jouent un rôle central dans ce processus : elles permettent d'identifier des phénomènes saillants, de préciser les questionnements et d'adapter les dispositifs de recueil. Comme le soulignent Dennis Gioia, Kevin Corley et Aimee Hamilton (2013), cette approche s'appuie sur un système classique de triangulation au sein duquel l'entretien semi-directif constitue généralement le noyau, associé à d'autres sources basées sur l'observation ou la collecte documentaire. Si cette présentation est linéaire pour des raisons pédagogiques, le travail d'enquête s'est bien réalisé dans la logique de parallélisation propre à la MTA. Le schéma proposé par Christophe Lejeune (Figure 28 ci-dessous) illustre cette dynamique en boucle qui articule en continu collecte, analyse et théorisation.

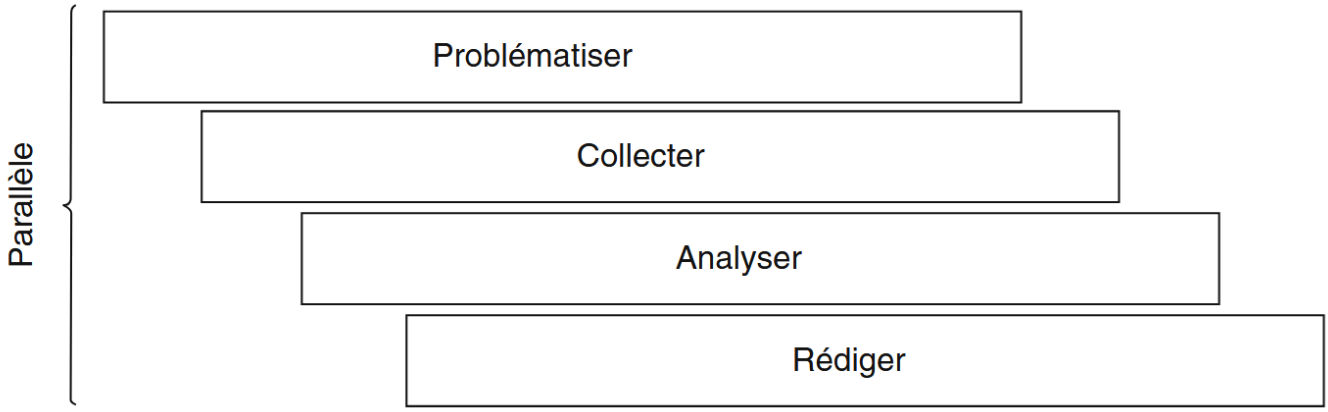


Figure 28 – Schéma temporel d'une enquête menée par théorisation ancrée, selon Christophe Lejeune (2019)

La centralité des récits dans la compréhension du champ médical capitaliste m'a conduit à privilégier l'entretien semi-directif. Ce format permet à la fois une relative systématicité dans l'interrogation des trajectoires et pratiques, et une ouverture suffisante pour saisir les logiques de justification, les représentations sociales et les imaginaires professionnels des personnes enquêtées. Ces entretiens sont complétés par une observation non participante, visant à inscrire les discours dans les espaces où ils prennent sens, particulièrement dans un contexte où les personnes enquêtées parlent peu de l'espace qu'ils et elles contribuent pourtant à façonner. L'observation permet ainsi de saisir des dimensions matérielles des pratiques et des espaces que l'entretien ne permet pas toujours d'appréhender. Un corpus photographique, à visée illustrative et analytique, a été constitué en appui de cette démarche d'observation. Il a notamment servi à documenter des régularités urbaines ou des configurations spatiales identifiées au fil du terrain, dans une perspective de documentation plus systématique de ces phénomènes. L'ensemble de ces dispositifs est organisé autour du carnet de terrain, qui constitue à la fois un outil de collecte, de réflexivité et d'analyse. C'est dans cet espace que s'articulent les observations, les premières hypothèses, les ajustements méthodologiques et les amorces de théorisation. Ce choix s'inscrit à la fois dans les principes de la MTA et dans la tradition plus large de l'enquête qualitative en sciences sociales.

Comme le rappelle Marie Bonte, le terrain ne se résume pas à un lieu, mais constitue « une portion d'espace, de temps et de pratiques balisées qui guident la démarche méthodologique » (2019, p. 155). À Sfax, le champ du capitalisme médical recouvre des réalités géographiques et sociales étendues, mais l'enquête a été recentrée sur des lieux où les pratiques du champ s'expriment avec le plus de clarté et d'intensité. Le choix s'est porté sur le quartier central de Sfax El Jadida, cœur du tertiaire médical local, et la route de Gremda entre les kilomètres 2 et 4, zone en forte expansion sanitaire et immobilière, dont j'ai détaillé les caractéristiques dans le chapitre précédent.

Ces espaces ont été choisis non seulement pour leur intérêt heuristique en lien avec le développement de Sfax sur le temps long, mais aussi leur densité d'activités liées

au capitalisme médical ainsi que pour des raisons pratiques d'ancrage et de familiarité : j'y ai résidé durant mes séjours de terrain (en 2021 et 2022), afin d'en observer les rythmes quotidiens et de tisser des liens de confiance avec les personnes enquêtées. Cette *fixation* spatiale a également une dimension méthodologique : dans la logique de la MTA, l'immersion prolongée favorise les ajustements progressifs et la réflexivité. Sur un mode plus personnel (mais qui participe aussi du processus de théorisation), cette relation au terrain a revêtu une dimension affective et presque addictive. Pour reprendre la polysémie du *spatial fix* de David Harvey (1981), il s'est agi à la fois de s'ancrer, de réparer les incertitudes méthodologiques au fil de l'enquête, et de prolonger un attachement à un lieu dont la complexité n'a cessé de stimuler ma curiosité.

1 – Méthode par entretien

L'ensemble du corpus d'entretiens de cette thèse, toutes temporalités et qualités confondues, comprend 78 entretiens, dont le détail (âge, statut, etc.) figure en annexe dans le tableau 5. Les personnes ont été rencontrées selon trois principales modalités d'entrée : la coopération décentralisée entre Sfax et Grenoble, le réseau social LinkedIn, et une rencontre fortuite à Grenoble via une connaissance commune. Ces entretiens sont tous semi-directifs, avec une forte composante biographique. Pratiquement toutes les personnes ont été rencontrées grâce à des chaînes de recommandation, c'est-à-dire par effet de réseau, à partir d'un ou plusieurs contacts initiaux. Le principe de « boule de neige » (Olivier de Sardan 2008), bien que non systématique, a permis de pénétrer des milieux peu accessibles, en profitant de la confiance octroyée par les recommandations successives. La Figure 29 ci-dessous rend compte de ce phénomène. Elle illustre également un phénomène analogue à ce que Jean-Pierre Olivier de Sardan appelle « l'enclicquage » à savoir la dépendance à certains réseaux de recommandations initiaux formée à partir des personnes ayant accepté de faire confiance aux chercheur·euses lors de leur entrée sur le terrain. Pour ma part, ce diagramme rend compte de la diversité des profils rencontrés grâce à la coopération décentralisée, là où mes réseaux personnels (universitaire ou connaissances) ont eu tendance à refermer les recommandations autour d'une catégorie spécifique (agents de la fonction publique dans le cas de mes contacts au laboratoire Syfacte, médecins du secteur privé dans le cas des relations construites depuis mon réseau personnel grenoblois).

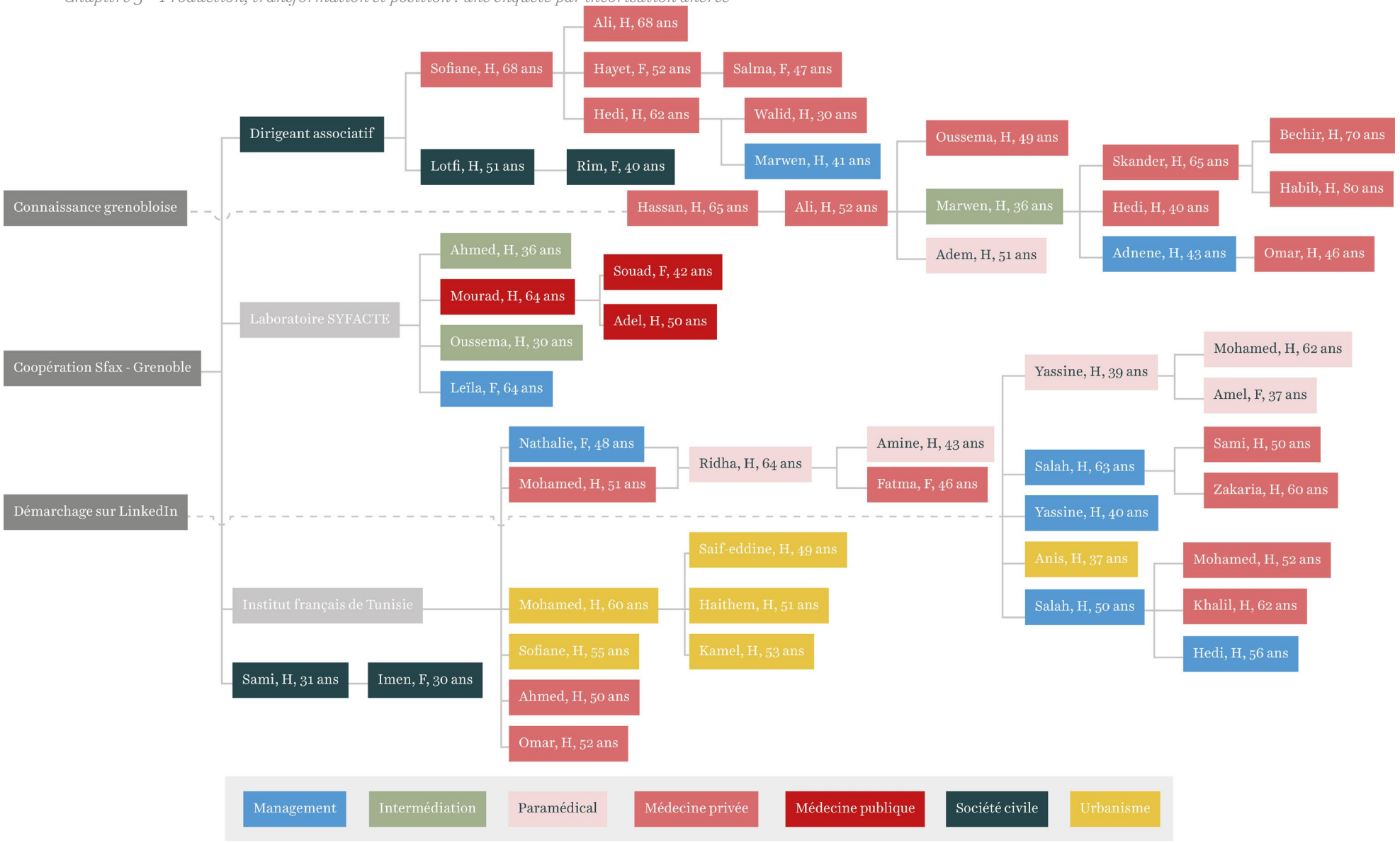


Figure 29 – Diagramme des entrées terrain et entretiens semi-directifs. Réalisation : Théo Maurette 2025.

La formation du capitalisme médical en Tunisie, ainsi que les positionnements des agents qui le composent, requiert de porter une attention particulière à l'histoire de ce milieu. Il s'agissait également de saisir les formes discursives et les justifications symboliques mobilisées par les agents, qui contribuent à structurer leurs marges de manœuvre et leurs stratégies positionnelles. En rencontrant des personnes issues de structures périphériques au champ médical (par exemple des sociétés de transport sanitaire ou des agences d'intermédiation) ou des personnes en lutte pour exister en marge des espaces dominants de légitimité dans le champ médical, j'ai pu comparer les effets relatifs de leur position et de la manière dont ils la perçoivent, la construisent, et comment celle-ci a évolué au fil des ans.

La dimension biographique de ces entretiens est essentielle. Elle constitue souvent le point d'entrée de la discussion. J'ai constaté qu'aborder d'emblée les parcours éducatifs et professionnels instaurait un climat de confiance[28], propice à la parole, même de la part d'interlocuteur·ices initialement réticent·es à évoquer leur implication dans l'économie médicale. Ces récits permettent de comprendre la manière dont les individus se socialisent dans ce champ, mais aussi de saisir « les trajectoires et ancrages spatiaux des personnes dans leurs multiples dimensions (professionnelle, résidentielle…) », souvent marqués par un caractère transnational (Morange et Schmoll 2016, p. 85). Ce travail s'inscrit en outre dans la tradition sociologique de l'analyse des récits de vie, permettant à la fois une reconstitution objectivée des trajectoires et une production subjective du discours sur l'expérience (Beaud 1996). L'entretien semi-directif bénéficie d'un regain d'intérêt dans les études urbaines. Comme l'écrivent Gilles Pinson et Valérie Sala Pala (2007), il permet de reconstituer les processus d'action dans le temps et de comprendre les pratiques et les représentations qui les sous-tendent.

Les entretiens ont été menés à partir d'un guide souple et évolutif, généralement préparé en amont de l'entretien et conçu comme un « pense-bête », selon la formule de Jean-Pierre Olivier de Sardan (2008, p. 60). Ce guide n'a pas vocation à figer les échanges, mais à assurer une couverture thématique minimale. Outre les données personnelles (nom, âge, profession, etc.), voici les principales entrées abordées :

- Lieux de naissance et origines familiales, professions parentales.
- Parcours scolaire et professionnel, avec un focus sur les études médicales et les mobilités (nationales/internationales).
- Modalités de création ou de rattachement à une structure médicale (cabinet, clinique), et identification des soutiens mobilisés.
- Pratiques professionnelles : gestion des actifs, perception de la légitimité des activités dans ou hors secteur.
- Activité de la structure, revenus générés et charges

[28] Ceci est particulièrement vrai pour le cas des personnes ayant fait des études dans le supérieur et qui pouvaient ainsi valoriser cette expérience.

- Rapports au territoire : ville de Sfax, urbanisme, contexte politique.

La discussion reste volontairement ouverte. Certains échanges ont parfois pu prendre la forme de confrontations autour de visions du secteur. À mesure que ma connaissance du champ s'affinait, je devenais plus apte à proposer des relances pertinentes, favorisant l'évocation de pratiques ou de représentations moins superficielles. Dans une optique ethnographique, certains entretiens ont été réitérés afin de suivre l'évolution des discours et des pratiques dans le temps. Ces suivis ont surtout concerné des médecins avec lesquels j'ai pu entretenir des relations durables. La quasi-totalité des entretiens ont été menés en français. Quelques rares échanges ont eu lieu avec des intermédiaires avec l'aide d'un traducteur local. Tous les entretiens ont été enregistrés (avec consentement explicite), puis retranscrits intégralement selon une méthode attentive à certains éléments de métadiscours (rire, exclamations, interruptions, etc.), comme recommandé, notamment dans les premières phases, par les auteur·ices se revendiquant de la MTA. Pour éclairer les choix d'orientation de l'enquête et comprendre les logiques de sélection implicites à l'œuvre, il importe de contextualiser précisément les caractéristiques de la population constituant les personnes rencontrées. Certaines interactions, trop brèves ou peu informatives, n'ont pas permis d'établir un profil social complet. Les données statistiques ci-dessous (Tableau 3) portent donc sur les 68 personnes ayant participé à au moins un entretien semi-directif, figurant dans le Tableau 10 situé dans les annexes méthodologiques du manuscrit.

Secteur et spécialité	Nb		
Médecine	**25**	Intermédiation	**11**
Anesthésie	3	Lobbying	3
Pharmacologie	1	Entremise	3
Cardiologie	3	Sous-traitance	1
Gynécologie	1	Financement	2
Chirurgie	3	Évacuation sanitaire	1
Générale	3	Paramédical	**7**
Urologie	1	Biologie	2
Urgence	1	Pharmacie	4
Pneumologie	1	Infirmerie	1
Néphrologie	1	Université	**7**
ORL	1	Management	**6**
Dentaire	1	Urbanisme	**5**
Biologie	2	Régulation	2
Stomatologie	1	Agence foncière	2
Dermatologie	1	Architecture	1
Pédiatrie	1	Société civile	**4**
Angiologie	1	Immobilier	**3**
Total			**68**[29]

Tableau 3 – Effectif des personnes interrogées par secteur et spécialité

[29] Certaines personnes enquêtées ayant été rencontrées plusieurs fois, ce chiffre est à distinguer du nombre d'entretiens annoncé plus haut.

L'enquête s'est concentrée principalement sur les médecins, qui forment le groupe professionnel central du champ médical capitaliste. Rencontré·es dans le cadre de leur activité libérale ou clinique, ces professionnel·les occupent des positions variées, souvent mobiles, au sein du champ et entre ses marges. Toutefois, leur statut de médecin ne suffit pas à saisir la complexité de leurs positionnements. Ces éléments seront notamment mis au jour dans le chapitre suivant. Les statuts indiqués dans le Tableau 3 sont ceux par lesquels les personnes se sont présentées en premier.

Je n'ai pas limité mon enquête aux seul·es médecins, car, bien qu'au cœur du système, leur position d'agents dominants les rendait parfois peu enclin·es à évoquer les aspects les plus controversés ou informels du capitalisme médical. J'ai donc cherché à trianguler les données en variant les profils et les angles d'observation. J'ai donc également enquêté auprès d'acteurs de l'intermédiation qui évoluent à la périphérie du champ médical et dont la légitimité professionnelle reste souvent floue. De même, les professionnel·les du secteur paramédical (infirmier·es, technicien·nes, biologistes, etc.) fournissent des prestations essentielles, mais restent subordonné·es à l'autorité médicale, ce qui infléchit leur vision et leur connaissance du secteur. À ces groupes s'ajoutent des universitaires produisant des savoirs sur le système de santé, des cadres dirigeants[30] d'établissements privés, ainsi que des acteur·ices de l'urbanisme, de l'immobilier ou de la « société civile » (militant·es et syndicalistes en particulier).

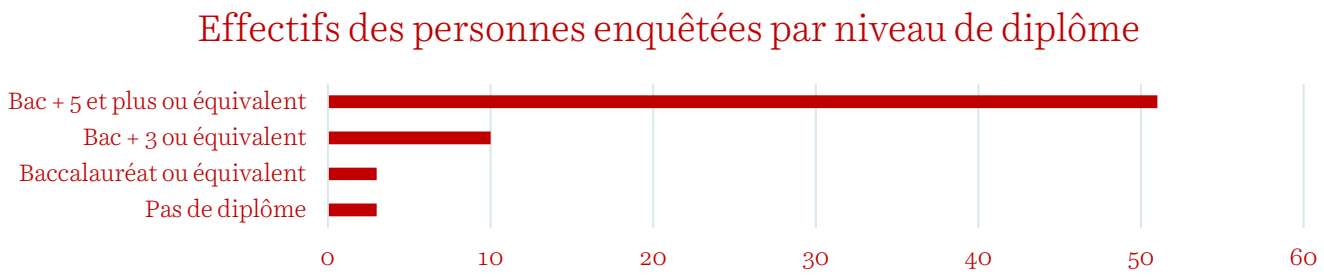


Figure 30 - Répartition des effectifs des personnes enquêtées par niveau de diplôme

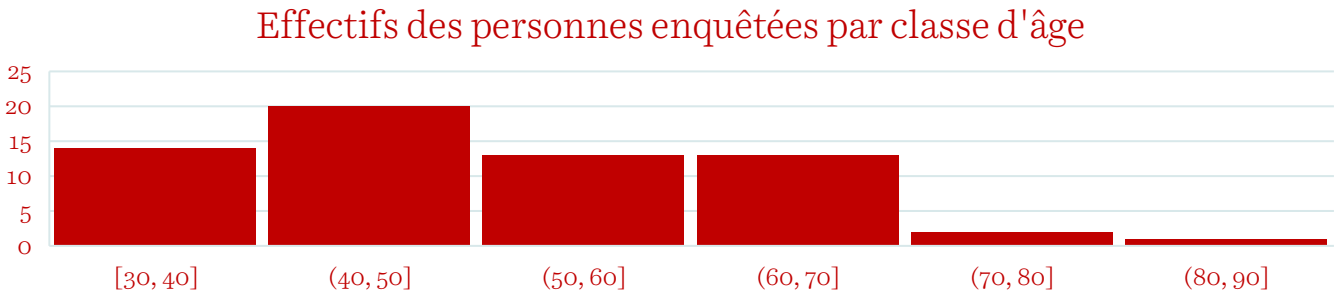


Figure 31 - Répartition des effectifs des personnes enquêtées par classe d'âge

[30] Catégorie exclusivement masculine dans le cadre de cette enquête.

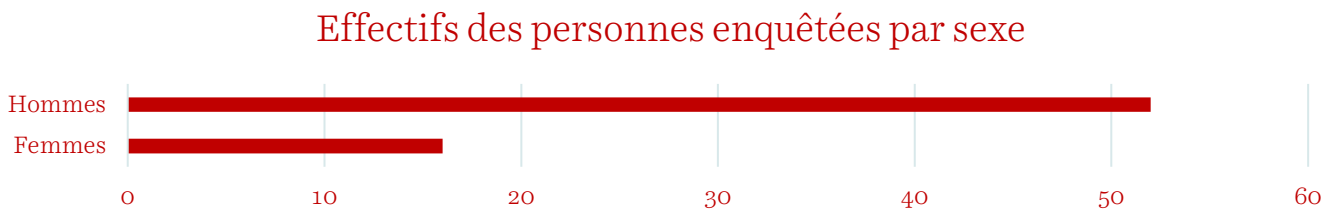


Figure 32 - Répartition des effectifs des personnes enquêtées par sexe

Les statistiques proposées ici permettent d'évaluer partiellement la représentativité du corpus. La représentativité est ici entendue au regard du champ médical privé sfaxien, tel qu'il se structure socialement, professionnellement et spatialement. La surreprésentation des médecins dans l'échantillon induit mécaniquement une proportion élevée de personnes diplômées de l'enseignement supérieur (Figure 30), ce qui reflète à la fois la stratification sociale du secteur et les effets de sélection liés à la méthode de recrutement. Les femmes (Figure 32) sont sous-représentées dans l'échantillon, ce qui s'explique par leur faible visibilité dans les hiérarchies professionnelles du secteur médical privé. Elles ont été principalement rencontrées dans le cadre de postes administratifs, de fonctions de régulation, ou comme praticiennes en exercice libéral, souvent isolées des principaux collectifs d'actionnaires qui ont constitué le cœur de mes réseaux. Enfin, l'âge moyen des personnes enquêtées est de 51 ans (Figure 31). Ce chiffre s'explique par plusieurs facteurs : la longueur des études médicales, le temps nécessaire pour s'installer à son compte ou accéder à des postes de direction, et la composition générationnelle du capital médical, en particulier dans le secteur privé.

C'est dans cette perspective qu'il convient d'évaluer la représentativité du corpus, y compris en la rapportant aux dynamiques sociales du champ médical tunisien dans son ensemble.

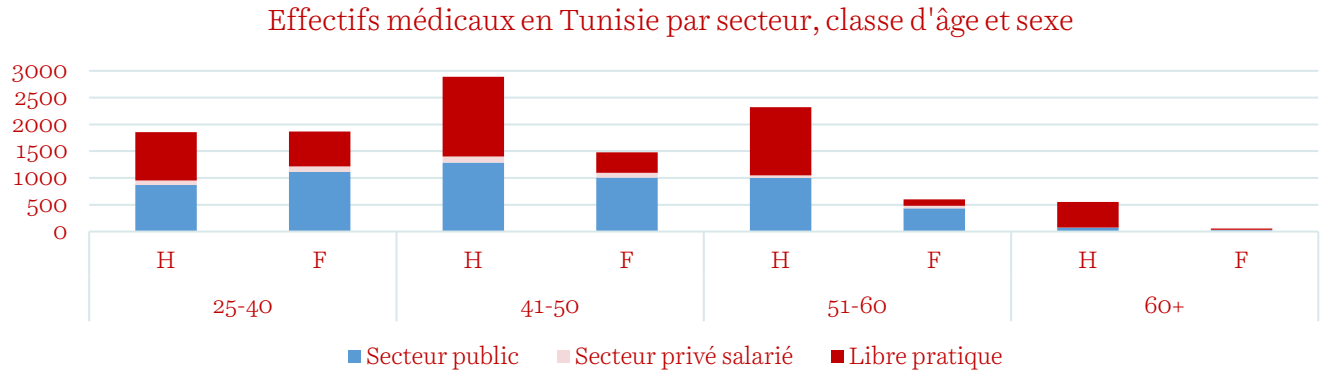


Figure 33 – Effectifs médicaux par secteur, classe d'âge et sexe en Tunisie en 2008. Source : Rapport moral du Conseil National de l'Ordre des Médecins 2007 - 2008[31]

[31] Le CNOM ne publie plus depuis cette date de données précises concernant la démographie médicale en Tunisie. Ces données seraient accessibles sous autorisation, que je n'ai pas

En 2008, le taux de féminisation du corps médical en Tunisie était de 37 %, atteignant 43 % en 2014 puis 45 % en 2017. Ces chiffres traduisent une tendance nette à la féminisation, particulièrement marquée chez les générations nées après 1970. Deux tendances se dégagent des données de 2008 : d'abord, un effet générationnel fort, les femmes étant nettement plus nombreuses dans les cohortes récentes. Ensuite, ces données montrent une persistance de fortes disparités entre le secteur public et la libre pratique, les femmes restant majoritairement salariées dans le public, surtout parmi les générations les plus âgées. Ce fait permet d'expliquer aussi en partie ce biais structurel dans mon enquête, centrée principalement sur la médecine libérale et le capitalisme médical privé, où les hommes restent dominants.

Ce phénomène de sous-représentation des femmes dans les positions entrepreneuriales du champ médical privé s'explique aussi par la composition sociale de l'actionnariat clinique, largement formé par des promotions masculines issues des facultés de médecine des années 1960 à 1990. Il en résulte un panel de personnes enquêtées dominé par des hommes issus des classes supérieures diplômées, avec une faible diversité sociale et genrée. Enfin cette homogénéisation est renforcée par l'impossibilité d'extraire des données désagrégées par gouvernorat. En l'absence de ventilation spatiale plus fine fournie par l'INS et les instances médicales, je suis contraint de raisonner à l'échelle nationale, ce qui pourrait masquer des disparités différentes constitutives des spécificités sfaxiennes.

2 – Méthode par observation

Le chapitre précédent exposait la manière dont la construction sociale et économique de Sfax se lit dans sa structure urbaine et territoriale. En complément des matériaux issus des entretiens et de l'analyse documentaire, j'ai eu recours à plusieurs formes d'observation de terrain, centrées sur l'ancrage spatial du capitalisme médical sfaxien. Cette démarche s'est concentrée sur les expressions urbaines du phénomène, d'abord dans le quartier de Sfax El Jadida, puis le long des premiers kilomètres de la route de Gremda, en mobilisant à la fois l'observation flottante, l'observation directe et une forme d'observation participante ancrée dans le quotidien. L'observation renvoie, comme le rappellent Marianne Morange et Camille Schmoll, à l'analyse des usages sociaux de l'espace et des interactions sociales, bien plus qu'à une simple lecture paysagère. Il s'agit « d'observer non pas la terre, ni les hommes sur la terre, mais les processus de la fabrique de l'espace comme construit social » (2016, p. 58). Le cadre matériel des lieux étudiés devient lisible à travers les pratiques qui s'y déroulent. Inversement, ces pratiques sont façonnées par les formes spatiales et les contraintes qu'elles induisent. L'observation permet de porter un regard situé, incarné et complémentaire aux discours produits par les enquêté·es. Elle constitue également un moyen d'explorer des

obtenue pour d'autres requêtes du même ordre. Avec 15 ans de recul, le décalage des courbes devrait montrer un vieillissement global de la profession avec une augmentation des effectifs dans les classes d'âge supérieures et une féminisation croissante.

thèmes moins accessibles par entretien, ou de contourner certaines limites de la méthode discursive. L'observation a ainsi permis d'analyser les effets spatiaux du capitalisme médical à Sfax, mais aussi la manière dont les structures urbaines existantes favorisent ou contraignent son développement. Elle s'est portée en premier lieu sur les formes urbaines, architecturales et les ambiances urbaines, largement absentes des récits d'acteurs. J'ai également porté une attention aux pratiques et usages, notamment pour nuancer les discours hiérarchisant les usagers et le fonctionnement des espaces du capitalisme médical.

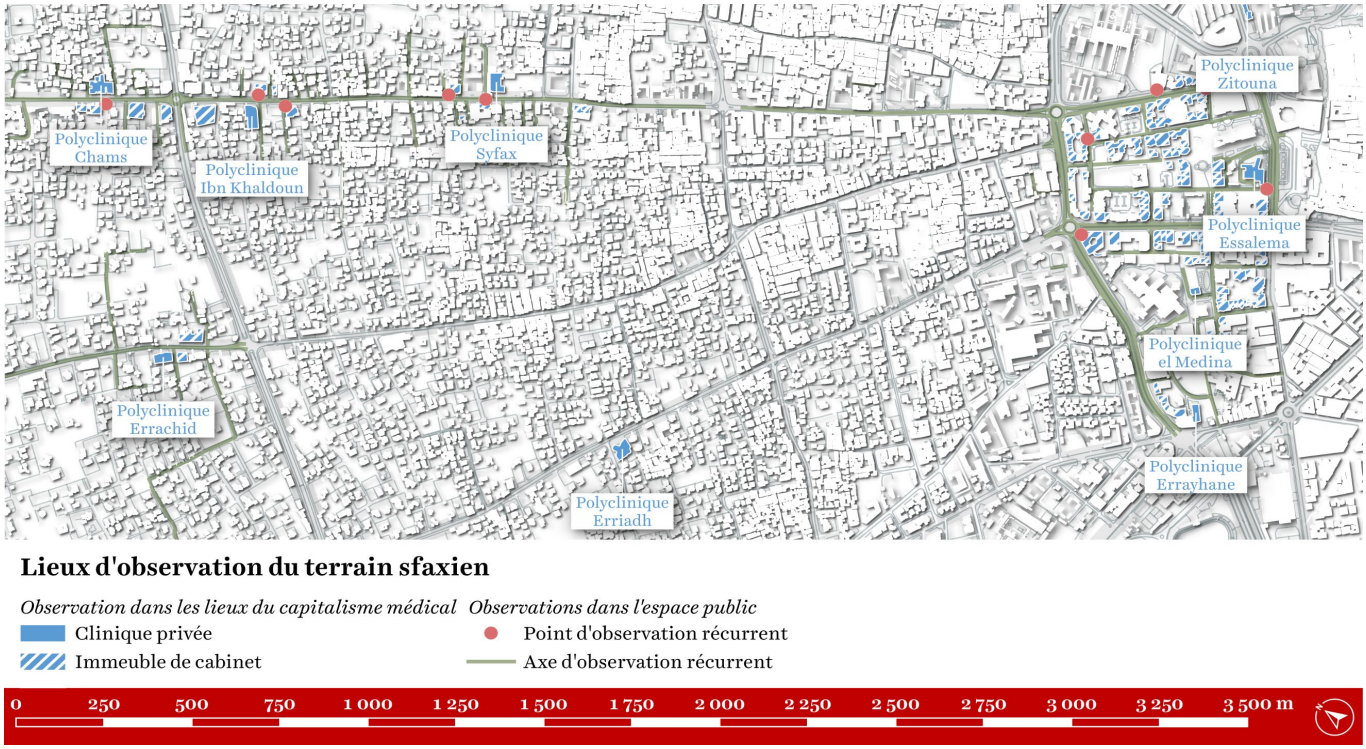


Figure 34 – Lieux d'observation du terrain sfaxien. Réalisation : Théo Maurette 2025.

Mes temps d'observations (recensées dans la Figure 34 ci-dessus) se sont concentrés dans les espaces centraux mentionnés au chapitre 2, en prenant pour points d'appui les lieux repérés lors de phases d'exploration initiales (cliniques et centres de cabinets principalement). Ces premiers temps, que je qualifie d'observations flottantes (Pétonnet 1982), ont été suivis par des phases d'observation systématique, non participante, conduites aux abords de polycliniques et de centres médicaux. Ces espaces, bien que privés, sont en constante interface avec l'espace public. Leurs formes contemporaines reconfigurent les usages urbains ou, à l'inverse, témoignent d'un ajustement à des logiques urbaines préexistantes. Au printemps 2022, la location d'un appartement situé au kilomètre 4 de la route de Gremda m'a permis de vivre au quotidien dans un quartier marqué par la présence de la bourgeoisie médicale sfaxienne, ajoutant une légère coloration participante à cette observation.

Ces modalités d'observation se superposent dans le temps comme dans leurs fonctions. Si l'observation flottante constitue souvent une phase préalable à l'installation d'un dispositif plus systématique, elle se poursuit tout au long de l'enquête. Comme le rappelle Colette Pétonnet, il s'agit de « rester en toutes circonstances vacant et disponible [...] ne pas mobiliser l'attention sur un objet précis » (*Ibid.*, p. 89). Ce principe s'est révélé particulièrement utile dans les lieux où ma présence ne pouvait être justifiée par une activité manifeste. Dans ces cas, les cafés sont devenus des lieux d'observation privilégiés, où la consommation assurait ma légitimité à stationner, tout en constituant des espaces d'étude en eux-mêmes, tant ils sont liés aux dynamiques sociales du capitalisme médical, en particulier celles de l'intermédiation (voir chapitre 4).

La méthode d'observation directe s'est structurée autour d'une grille critériée, permettant de consigner de manière homogène des données qualitatives. Inspirée là aussi des travaux de Marianne Morange et Camille Schmoll (2016), cette méthode implique de fractionner les espaces selon leur échelle et la posture adoptée (statique, mobile, centrée ou panoramique), tout en organisant les observations autour de thématiques émergentes. Une de ces grilles (Tableau 4 ci-dessous) permettait de documenter les relations entre immeubles de cabinet et espace public. Elle distinguait notamment l'usage de l'espace (intérieur/extérieur), les formes de régulation, les pratiques sociales et les interactions. J'ai mobilisé plusieurs grilles en fonction des lieux et phases de l'enquête, leur complémentarité a permis de rendre compte de la diversité des situations.

Module	Questions	Indicateurs
Fonction de l'espace et morphologie	Relation entre intérieur et extérieur des immeubles	Ouverture de la porte ; gardiennage ; circulation des personnes ; appropriation
	Centralité	Usage intérieur/extérieur ; circulation entre le café et les espaces alentour ;
	Centralité des parkings	Usages par les voitures ; sociabilité autour des voitures ; agencement des parkings ;
	Accessibilité des espaces	Difficulté de déplacement ; solidarité ; relation piéton/voiture
	Dispositions des commerces	Usage des rez-de-chaussée ; répartition dans les étages ; hiérarchies
	Visibilisation	Enseignes ; publicités ; plaques médecins
	Appropriation	Trottoirs ; ornement ;
Pratiques spatiales	Relation parking/immeuble	Gestion des places ; interaction conducteur/environnement ; stationnement et attente
	Importance du café	Attente ; échange de service ;
	Hiérarchie et division du travail	Médecin ; samsar ; gardien ; concierge ; agent sécu ; agent de circulation
	Régulation	Police ; gestion du trafic ; *3assa*
Interactions sociales	Intermédiation et orientation	Qui dialogue avec qui et comment
	Solidarité	Famille ; intermédiaire ; secours

Tableau 4 – Exemple de grille d'observation construite sur le terrain après l'observation flottante

En reprenant le travail de Marianne Morange présenté dans l'ouvrage cité précédemment, dans le Tableau 4, la colonne de gauche renseigne les grandes thématiques et les échelles d'analyse dans lesquelles elles s'insèrent. Au centre, les « questions » qui s'entendent ici comme les problématiques qui ont émergé au fur et à mesure des observations renseignent les points d'attention généraux. Enfin, sur la droite, j'ajoute les éléments pertinents qui apparaissent au fil de l'eau des observations. C'est dans cette case que je note la manière dont ces éléments apparaissent.

Les observations ont souvent été couplées aux entretiens. Un rendez-vous dans un cabinet ou une clinique servait ainsi de prétexte à une observation menée avant ou après l'échange. Ce moment pouvait faire l'objet d'une autorisation explicite, notamment lorsque le/la responsable m'invitait à rester dans l'espace d'accueil. L'observation de ces espaces intérieurs, bien que limitée, permettait d'enregistrer des éléments significatifs : matériaux, organisation spatiale, agencement du bureau, etc., autant d'indices sur la mise en scène de soi et l'espace social du champ. Les observations ont été consignées dans le carnet de terrain, en alternant des notations issues des grilles et des remarques plus libres. Les métadonnées (date, heure, lieu, motifs) y sont systématiquement indiquées. Lorsque cela est possible, elles sont accompagnées de prises de vue photographiques, venant appuyer l'analyse ou conserver certains détails. Comme dit plus haut, l'observation participante s'est limitée à une immersion résidentielle dans les quartiers étudiés, notamment sur la route de Gremda. Si je n'ai pu participer directement aux activités médicales, j'ai néanmoins partagé le quotidien de ces espaces. L'un des immeubles dans lequel j'ai résidé, qualifié de « haut standing », abritait des cabinets médicaux et des bureaux, permettant une proximité propice à l'observation des pratiques et des ambiances traversant ces lieux. Vivre dans ces lieux m'a également donné une légitimité auprès de certaines personnes enquêtées, notamment les médecins les plus fortuné·es, qui appréciaient de venir m'y chercher en voiture de luxe ou de m'inviter à les accompagner lors de leurs sorties VTT, légitimant ainsi ma présence dans le quartier.

L'usage de la photographie a aussi accompagné l'ensemble de mes terrains. Elle a rempli trois fonctions principales : conserver une mémoire visuelle des lieux, enrichir les descriptions produites dans le carnet de terrain, et constituer une base d'analyse complémentaire pour certains phénomènes récurrents, consigner des données visuelles précises et documenter la dimension architecturale de la médecine capitaliste. Dans une perspective inspirée de Roland Barthes et Stephen Heath (1977), la photographie constitue un regard situé sur les lieux, les personnes et leurs contextes. Sans prétendre à une démarche rigoureusement photographique, je m'inscris néanmoins dans une approche qui considère l'image comme une production de sens. Certaines photographies relèvent de mises en scène du pouvoir, en particulier les images publicitaires ou les codes graphiques liés à la communication des établissements médicaux privés. Cette approche rejoint aussi les propositions de John Tagg (2023), pour qui les images

produisent un discours alternatif à celui des textes. Il s'agissait donc de ne pas ignorer la part visuelle, importante, de ce terrain.

En pratique, j'ai fréquemment utilisé mon téléphone pour capturer des détails, des ambiances ou des scènes. Son usage discret permet une collecte efficace et socialement acceptable, tout en garantissant une qualité d'image suffisante et l'enregistrement des métadonnées (heure, lieu, etc.). Les textures, matériaux, couleurs ou motifs sont ainsi archivés avec précision. Les photographies ont rarement été réalisées dans les espaces intérieurs des établissements et des cabinets, en raison des contraintes éthiques (respect de l'anonymat au sein d'établissements médicaux) et des logiques de contrôle exercées par les institutions sur leur image. En revanche, à l'extérieur, elles ont constitué un outil précieux, par exemple pour documenter les plaques professionnelles apposées en bas des immeubles. Ces plaques, par leur graphisme, leur organisation ou leur absence, sont riches d'enseignements sur les relations d'usage et de pouvoir dans l'espace urbain. Ces prises de vues, systématiques dans les périmètres qui ont constitué mes terrains d'enquête, m'ont ainsi également permis d'en dresser une quantification précise permettant de localiser, de compter et de spécifier les emplacements occupés par les médecins ainsi que leur progressif déplacement dans la ville. Une manière de contourner l'accès limité aux bases de données institutionnelles.

Je considère donc la photographie comme un prolongement de l'observation, plutôt que comme un corpus autonome au sein de cette recherche. Elle complète les autres modalités de recueil, en renforçant la description et en permettant certaines analyses croisées. Les photographies viennent enrichir le matériau de terrain, tout en se soumettant aux mêmes précautions éthiques et méthodologiques.

3 – Le carnet de terrain, un outil de liaison entre production et analyse

Au centre de ma pratique de terrain se trouve le carnet de terrain. Devenu un outil central dans la conduite de l'enquête qualitative, il me permet de centraliser quotidiennement tout ce qui est fait, vu, entendu, voire pensé. Véritable trait d'union entre les différentes méthodes de production des données (entretiens, observations, prises de vue, etc.), il constitue la première étape de constitution du corpus, participant à un processus que je désigne comme un « préfiltrage terrain ».

Dans le cadre des entretiens, il me sert à préparer les discussions (liste de questions, rappels contextuels, informations clés), mais également à structurer en temps réel la conduite de l'échange. C'est aussi, dans le contexte de l'entretien, un outil performatif : en notant certains propos, je signale à la personne mon intérêt pour une thématique, oriente subtilement la discussion, ou marque, à l'inverse, un désintérêt stratégique. Le carnet devient alors un support d'écoute active, permettant de structurer les relances, de suivre des fils narratifs et de revenir sur des éléments saillants. Il recueille

également les métadonnées de l'entretien : lieu, conditions matérielles, ambiance, posture de la personne interrogée, ainsi que les propos échangés en dehors de l'enregistrement formel, les « off », souvent riches en informations complémentaires à l'entretien formel.

Les observations, qu'elles soient flottantes, directes ou participantes, sont aussi consignées dans ce carnet. J'y reproduis ou y adapte les grilles d'observation, mais je note également, au fil de l'eau, ce qui attire mon attention, y compris sous forme de croquis ou de schémas spatialisés. Ce format souple permet d'alterner descriptions libres, repérages visuels, ébauches d'interprétations ou simples impressions. Le carnet est ainsi un espace intermédiaire, désacralisé, dans lequel peuvent être notés des éléments encore imprécis : impressions passagères, microphénomènes, observations anodines, hypothèses provisoires. Ces matériaux, en apparence secondaires au moment de leur production, alimentent pourtant la construction du corpus, selon une logique inductive et progressive, proche de la posture de la MTA dans ses phases exploratoires. Ce mode d'enregistrement permet une grande réactivité dans la production de données : le carnet devient l'interface souple entre terrain et conceptualisation. Il accueille aussi bien les faits observés que les hypothèses en train de se former, les connexions émergentes ou les dissonances perçues. Il permet de repérer, très tôt, certaines propriétés conceptuelles, de les tester sur le vif, de les mettre en regard d'autres éléments du corpus. En ce sens, le carnet est un lieu de réflexion en action, documentant les évolutions du regard du chercheur sur son objet.

J'ai également adopté une routine quotidienne de numérisation du carnet, en fin de journée. Cette pratique vise d'abord à sécuriser les données[32], mais elle constitue aussi un moment réflexif : elle permet de relier les observations de la journée aux jours précédents, d'esquisser des analyses comparatives, de formuler des pistes d'interprétation. C'est aussi l'occasion de réécrire certaines notes prises à la hâte, de compléter les lacunes, d'ajouter des éléments de contexte et de mobiliser la mémoire sans les sollicitations sensorielles du terrain. Les données issues du carnet prennent des formes diverses : notes issues des observations (organisées en grilles ou non), descriptions de scènes, fragments de conversations, hypothèses émergentes, croquis spatiaux, mais aussi photographies prises à la volée, assorties de commentaires. À travers ces données composites, le carnet constitue un dispositif de recherche structurant, dans lequel s'articulent progressivement les matériaux empiriques et les premières opérations d'analyse. Il répond ainsi à plusieurs objectifs :

[32] Ma graphie manuscrite de gaucher couplée à ma socialisation (subséquente) de mauvais élève me permet autant de créativité dans la prise de note que ces dernières ont généralement une durée de compréhension dans le temps très limitée, allant de quelques jours à quelques heures pour les inscriptions les plus fugaces.

- Documenter des pratiques et des spatialités peu verbalisées ou peu accessibles par l'entretien (mobilités, interactions informelles, ambiance urbaine, etc.).
- Suivre des hypothèses de travail en construction, notamment celles portant sur les usages de l'espace, la hiérarchisation des agents, ou les effets des dispositifs urbains.
- Croiser les données entre elles (discours, observations, images), pour renforcer la validité du corpus.
- Garder la mémoire des intuitions, des doutes, des contradictions et des bifurcations du raisonnement en cours.

Le carnet de terrain ne se limite donc pas à un journal de bord : il est au cœur du processus méthodologique, à la fois support de production, outil d'analyse et mémoire de la posture d'enquête. En liant quotidiennement pratique empirique et réflexivité, il permet une construction progressive et rigoureuse du corpus, tout en maintenant ouvertes les potentialités heuristiques du terrain.

Conclusion de section

Cette section a présenté les différents dispositifs mobilisés pour produire les données empiriques de cette thèse : les entretiens semi-directifs à composante biographique, l'observation sous ses différentes formes (flottante, directe, participante), la photographie comme outil complémentaire de documentation, le tout mis en commun au sein du carnet de terrain, compris comme interface centrale de production et d'analyse. L'articulation entre ces méthodes répond à une double exigence : d'une part, la nécessité de capter la complexité du capitalisme médical sfaxien comme d'un objet sociospatial en construction, à partir d'une multiplicité de points de vue. D'autre part, celle d'assurer une triangulation des données à même de renforcer la validité empirique et théorique de l'analyse à suivre.

Les données obtenues sont de natures diverses : récits de trajectoires professionnelles et sociales, descriptions des espaces et des pratiques y ayant cours, interactions observées, recueils ethnographiques, images et impressions visuelles, fragments d'échanges informels, etc. Cette hétérogénéité est assumée comme constitutive d'une démarche inductive et située. Ces matériaux permettent de documenter, de manière croisée, les processus de distinction des positions dans le champ médical, les formes de justification et de légitimation mobilisées par les agents, les dynamiques de spatialisation du capital, ainsi que les effets concrets de ces dynamiques sur les morphologies urbaines et les usages sociaux de l'espace.

Ces données permettent de documenter plusieurs hypothèses structurant ce travail. Elles éclairent d'abord les processus de constitution d'un capital médical dans un contexte urbain postcolonial, marqué par l'héritage des inégalités coloniales, la reconfiguration néolibérale des systèmes de santé et l'hétérogénéité des espaces urbains.

Elles donnent également à voir les dispositifs spatiaux, symboliques et matériels qui rendent possibles la concentration, la circulation et la valorisation de ce capital, depuis les parcours biographiques des agents jusqu'aux infrastructures médicales privées. Elles permettent enfin d'analyser l'articulation entre les pratiques professionnelles, les récits des agents et les transformations urbaines dans le cadre d'un capitalisme médical à la fois ancré localement et traversé par des logiques transnationales. Les hiérarchies internes au champ médical apparaissent quant à elles dans les configurations spatiales observées, les discours tenus sur les pratiques légitimes, ainsi que dans les stratégies d'accès aux ressources, aux lieux et aux patientèles. La section suivante devra ainsi préciser la manière dont ces données ont été transformées et analysées pour parvenir au cadre théorique proposé dans ce travail.

C – Transformation des données de terrain

Si la présentation séquentielle des étapes d'enquête dans ce chapitre peut donner l'illusion d'une linéarité, elle ne correspond que partiellement à l'expérience vécue de la recherche. Le découpage entre production, transformation et analyse des données a surtout valeur d'organisation logique, destinée à rendre lisible une montée en abstraction qui, en réalité, s'enracine dès le terrain (*cf.* Figure 28 plus haut). Cette section propose ainsi de revenir sur le processus par lequel les données issues du terrain ont été progressivement transformées en matériaux théoriques. Il ne s'agit pas ici d'un simple « traitement » des données. Ce terme s'insère dans un vocabulaire technique et mécaniste, alors qu'il s'agit à mon sens plutôt d'une « transformation » qui est, elle, située, traversée par mes choix, mes questionnements et mes expérimentations lors d'enquête. Ce positionnement s'inscrit dans la posture transformative promue par la MTA, telle qu'elle a été développée par Barney Glaser et Anselm Strauss (1967), puis enrichie par des auteurs comme Kathy Charmaz (2012) ou Christophe Lejeune (2019). Ce cadre méthodologique repose sur une logique inductive, itérative et créative, dans laquelle la production de sens émerge au fil des allers-retours entre terrain, écriture et conceptualisation.

Le refus du vocabulaire du « traitement » n'est pas seulement rhétorique ici : il marque un désaccord plus fondamental avec les métaphores extractivistes associées aux méthodes qualitatives et quantitatives, qui font de la donnée une ressource à exploiter au même titre qu'un gisement de minerai. Cette critique est formulée notamment dans les approches féministes et postcoloniales des sciences sociales (Haraway 1988; Milan et Treré 2019), qui invitent à concevoir les données non comme des ressources neutres, mais comme des artefacts relationnels, toujours situés, produits dans une relation d'enquête et porteurs de sens dès leur recueil. Transformer les données, c'est donc aussi transformer la relation à l'enquête, en reconnaissant que l'interprétation débute bien avant l'analyse formelle, et que l'écriture théorique n'est que le prolongement du travail de terrain. C'est dans cette perspective que je mobilise ici les outils de la MTA, non comme une grille technique figée, mais comme un ensemble d'outils éprouvés, de principes de réflexivité et de structuration du raisonnement théorique. La présente section revient ainsi d'abord sur le vocabulaire mobilisé (codage, étiquetage, catégories…), puis sur l'usage spécifique que j'en ai fait dans le cadre de mon enquête, en tenant compte des contraintes de temporalité, d'organisation du travail et de rapport au terrain. Elle montre comment cette méthode a permis de construire progressivement des catégories conceptuelles enracinées dans l'empirique, tout en exposant leur portée analytique.

1 – Les outils de la théorisation ancrée

Le vocabulaire de la théorisation ancrée (MTA) permet de rendre explicites les étapes de la transformation du matériau empirique vers le cadre théorique. Cette

progression se fait par paliers, depuis le codage initial jusqu'à la construction de catégories conceptuelles stabilisées. C'est dans ce contexte que je mobilise largement le travail de Christophe Lejeune (2019) qui a permis de clarifier, en français, les différentes strates de ce processus en insistant notamment sur la spécificité de l'étiquetage, une phase que la traduction littérale de *coding* tend parfois à effacer. Plutôt que de voir le « codage » comme une opération générique et technique, Lejeune propose de réserver ce terme à l'ensemble du processus, et de distinguer en son sein des moments spécifiques : l'étiquetage, l'identification des propriétés et la formulation des catégories. Dans sa terminologie, reprise ici, chaque niveau correspond à un certain degré de montée en généralité et un type de travail particulier pour y parvenir :

- L'étiquette, qui est une formulation synthétique appliquée à un extrait empirique (verbatim, observation, note), visant à faire ressortir une propriété ou un processus en cours, souvent à partir de formulations proches du terrain. Elle répond à la question : comment les personnes parlent-elles de ce qu'elles vivent comme expériences ?
- La propriété, qui est une dimension stabilisée et affinée de l'analyse, commence à émerger de la comparaison constante entre plusieurs étiquettes. Elle formalise une logique de variation ou de positionnement observée de manière récurrente.
- La catégorie, qui est un regroupement structurant de plusieurs propriétés, ayant atteint un degré suffisant de saturation empirique et de cohérence conceptuelle. Elle constitue une brique du raisonnement théorique.

Le Tableau 5 ci-dessous synthétise ce passage progressif du terrain à l'abstraction conceptuelle :

Niveau	Exemple issu du terrain	Formulation analytique
Verbatim	« Certains actes pourraient être faits dans les polycliniques, ça coûtera moins cher à l'État de faire ces soins-là dans les cliniques que de construire ou entretenir des hôpitaux. C'est ça le problème. C'est un manque de conscience. »[33]	
Étiquette	S'approprier les ressources collectives	Synthèse du discours
Propriété	Appropriation des communs	Dimension récurrente observée
Catégorie	Mettre en ordre	Mise en commun des propriétés autour d'un enjeu général

Tableau 5 – Exemple de progression d'un verbatim à travers le codage

Cet exemple montre comment un discours singulier devient le support d'une montée conceptuelle. Lejeune insiste sur l'importance d'un étiquetage créatif, ancré et

[33] Entretien n° 1 le avec Adnene 12 novembre 2018 à Sfax.

fin, qui évite le double écueil des catégories trop génériques (ex. : « motivation », « manque de temps ») et des typologies figées issues de la littérature. Le vocabulaire proposé par Lejeune se compose d'outils de vocabulaire simple, qui permettent de rester au plus près du terrain. Des outils pour penser la transformation des données en raisonnement. Il permet de documenter rigoureusement les étapes du processus analytique, et d'en expliciter les choix à chaque moment : choix des termes, des regroupements, des exclusions, des déplacements.

Dans cette perspective, l'étiquetage constitue l'un des moments les plus décisifs du processus de théorisation ancrée. Il ne s'agit pas d'un simple exercice de classement ou de réduction des données[34], mais d'un travail créatif de production de sens, qui exige à la fois rigueur, prudence interprétative et ouverture à la découverte. Lejeune insiste sur le fait que l'étiquetage n'est ni un classement figé ni une tentative de faire « parler » les données en les insérant dans un cadre préconçu. Il s'agit plutôt de formuler des expressions synthétiques, souvent en langage courant, qui capturent la dynamique ou la logique d'une situation vécue ou observée, sans lui imposer prématurément un cadre théorique[35]. Ce travail repose sur plusieurs principes méthodologiques :

- Utiliser des verbes plutôt que des descriptions figées, pour souligner la dimension processuelle des phénomènes (par exemple : « contourner une règle » plutôt que « contournement »).
- Faire parler les étiquettes à la première personne, lorsqu'elles dérivent directement du discours d'un·e enquêté·e, pour conserver leur ancrage empirique et éviter les effets de surplomb analytique (par exemple : « j'ai de l'expérience »).
- Éviter les termes trop généraux ou essentialisant, tels que « la motivation », « le bon sens », « le manque de moyens », qui tendent à clôturer l'interprétation au lieu de l'ouvrir.
- Favoriser des formulations qui rendent compte d'un rapport, d'un dilemme, d'une tension, plutôt que de simples états.

Cette méthode n'est pas figée et doit être mobilisée au besoin face aux situations rencontrées. Elle vise à préserver la richesse de l'expérience sociale tout en préparant sa montée en généralité. Ce type d'étiquetage ne cherche pas à figer une réalité empirique dans un mot-clé définitif, mais à produire un point d'appui interprétatif temporaire, susceptible d'être retravaillé, comparé, reformulé. Comme le rappelle Lejeune, ce travail se fait par une succession d'essais, d'erreurs, et de déplacements, en dialoguant

[34] Christophe Lejeune oppose sa méthode d'analyse des données qualitative à celle qui consiste, selon lui, à classer puis compter les occurrences. Ce qui revient à faire du quantitatif avec des données qualitatives, ce qui n'est ni le but ni la forme adéquate.

[35] La MTA ne refuse pas les cadrages conceptuels issus de la littérature. Mais elle les « désacralise » dans le sens où nous sommes amené·es à les employer comme des outils qui aident à la compréhension de ce qui est observé, et non l'inverse.

sans cesse avec le terrain. L'étiquette n'est jamais une fin en soi, mais un outil provisoire de mise en relation des données, destiné à être repris et mis à l'épreuve dans les phases ultérieures de codage. Enfin, une vigilance particulière est requise vis-à-vis de certains pièges fréquents :

- Les étiquettes « paraphrase », qui ne font que reformuler le contenu sans proposer d'interprétation.
- Les étiquettes « catégorie », qui utilisent des concepts préconstruits issus de la littérature sans justification (ex. : « néolibéralisme », « globalisation », « capital social »).
- Les étiquettes « fermées », qui naturalisent ou figent la position des enquêté·es dans un rôle, un statut ou une fonction.

En ce sens, l'étiquetage est autant un exercice d'écoute analytique que de production de choix : il s'agit d'ouvrir la possibilité d'interprétations multiples, tout en prenant position sur ce que l'on choisit de faire émerger comme significatif. L'étiquetage constitue le premier mouvement d'abstraction dans le cadre de la théorisation ancrée, mais il ne prend pleinement sens que dans une dynamique d'itération. Celle-ci repose sur deux temps principaux : le codage axial, qui consiste à comparer et regrouper les étiquettes pour faire émerger des propriétés, et le codage sélectif, qui vise à stabiliser des catégories conceptuelles. Dans ma démarche, ces deux moments n'ont pas été linéaires ni strictement séquencés, mais articulés à des allers-retours permanents entre le terrain, mes notes, le logiciel Nvivo et la schématisation progressive des concepts.

Le codage axial, tel que défini par Denis Gioia, Kevin Corley et Aimee Hamilton (2013), consiste à examiner les relations entre les différentes étiquettes produites pour identifier des variations, des connexions, ou des hiérarchies internes. Il s'agit d'interroger le corpus d'étiquette : quelles étiquettes décrivent des processus similaires ? Quelles sont leurs conditions d'apparition, leurs conséquences, leurs interactions ? Dans mon enquête, cette phase a été appuyée par l'utilisation du logiciel NVivo, qui m'a permis de visualiser la cooccurrence de certains codes dans des unités de sens similaires, et de croiser ces informations avec mes notes réflexives. Durant ce travail, plusieurs étiquettes initiales ont été soit fusionnées, soit scindées, soit renommées pour mieux rendre compte de leur portée analytique. Par exemple, les étiquettes initiales « se montrer raisonnable et rationnel » et « saisir les opportunités » ont progressivement convergé vers une propriété, plus simple et plus englobante : « entreprendre », qui englobait finalement les discours et pratiques qui témoignaient d'une même logique : créer une entreprise et se distinguer par son établissement.

Le codage sélectif intervient dans un second temps, lorsque certaines catégories commencent à se stabiliser. Il consiste à sélectionner, parmi l'ensemble du corpus, les éléments empiriques qui permettent de saturer ces catégories, c'est-à-dire de tester leur robustesse, leur cohérence interne et leur capacité explicative. Ici encore, la

comparaison constante reste la règle, mais elle s'applique à un nombre plus limité de catégories, avec une attention particulière portée à la triangulation des matériaux (verbatims, observations, schémas, carnet de terrain) et à leur cohérence avec les dimensions théoriques émergentes. Cette phase a donné lieu à la constitution de matrices de croisement (visibles dans le Tableau 11 situé dans les annexes méthodologiques), sous forme de tableur, destiné à identifier les étiquettes les plus centrales du raisonnement. En croisant les étiquettes deux à deux, j'ai pu calculer une valeur d'intersection (présence conjointe dans une même unité de sens) et une valeur de centralité (nombre total de croisements par étiquette), qui ont facilité l'identification de nœuds conceptuels. Ces outils ne visent pas une objectivation statistique du raisonnement, mais une visualisation des rapprochements empiriques qui m'a aidé à identifier les liens entre plusieurs étiquettes et la centralité de certaines dans l'analyse.

En parallèle, je tenais un carnet de codage qui, au même titre que le carnet de terrain, m'a permis de consigner les décisions prises à chaque étape, en notant l'évolution des formulations, les hésitations, les fusions, les suppressions, ainsi que les lectures mobilisées pour renforcer certaines pistes conceptuelles. Ce carnet fonctionne comme un outil de suivi, dans la continuité du carnet de terrain, mais orienté vers l'analyse. Enfin, la construction de schémas synthétiques a aussi joué un rôle dans cette montée en généralité. Ces schémas permettent de représenter visuellement les articulations entre propriétés et catégories, en intégrant les dimensions de temporalité, d'échelle et de positionnement des agents. Ils traduisent la compréhension dynamique des phénomènes observés, facilitent l'articulation avec les cadres théoriques développés dans les chapitres suivants et leur compte rendu.

2 – Une réadaptation personnelle : travailler en bloc temporel

Le protocole de recherche que j'ai suivi ne respecte pas l'idéal type de la théorisation ancrée tel qu'originellement proposé par Barney Glaser et Anselm Strauss ou repris par Christophe Lejeune, fait de la circulation continue entre terrain, codage et montée en abstraction, avec retours réguliers à l'enquête pour ajuster la production empirique. La nature transnationale de mon terrain, réalisée en Tunisie sur plusieurs périodes discontinues, m'a imposé une organisation plus séquencée du travail, avec des blocs temporels clairement séparés : des temps de recueil intensif sur le terrain, puis des temps de travail réflexif, d'analyse et de théorisation, réalisés en grande partie depuis Grenoble. Ce découplage partiel n'a pour autant pas empêché l'adoption d'une posture inductive et réflexive. Il a simplement nécessité un ajustement méthodologique où la rigueur n'est pas à chercher dans la conformité à un schéma méthodologique normatif, mais dans la capacité à rendre compte des contraintes concrètes de l'enquête, et à construire des dispositifs adaptés.

En pratique, cela a conduit à une logique de travail par blocs, alternant entre une immersion empirique et une mise à distance analytique. Chaque période de terrain faisait l'objet d'une phase préparatoire (relecture du carnet de codage, ajustement des guides d'entretien), suivie d'un moment de recueil, puis d'une phase de transformation des matériaux (numérisation, annotation, étiquetage). Cette organisation m'a permis de développer une approche cumulative et réflexive du codage, où les phases analytiques sont venues enrichir et orienter les suivantes. Certaines étiquettes, comme « dépendre de la situation économique et géopolitique », ont émergé plus tard lors de relectures croisées, révélant des logiques qui se sont déployées dans le temps long du terrain.

Cette organisation en blocs repose sur l'usage central du carnet de terrain. Celui-ci ne constitue pas seulement un support de mémorisation, mais un dispositif que je qualifie de préanalytique. Chaque interaction (entretien, observation, visite de lieux) y est encadrée par un travail réflexif avant et après l'échange : formulation d'hypothèses, anticipation des points de tension, prises de notes sur l'ambiance, l'espace, la posture corporelle, les éléments non verbaux. Ce carnet a fonctionné comme un filtrage progressif du réel, où certains éléments (les récurrences, surprises, formulations saillantes) étaient mis en évidence avant même toute formalisation à l'aide du logiciel NVivo. Cette sélection précoce est constitutive du travail de théorisation : elle fait émerger des intuitions, des formes de conceptualisation immédiate, souvent graphiques ou narratives, qui seront reprises, déplacées ou reformulées à travers l'étiquetage.

Ce processus s'illustre par un exemple concret, pour l'un des concepts centraux de la thèse, celui de « mettre en ordre » (le champ social, la ville), qui découle de « l'ordre social » de « l'ordonnance » mais aussi de « l'ordre des médecins ». Stabilisé tardivement, ce concept prend sa source dans plusieurs notes de terrain où j'observe comment les professionnel·les du soin participent à la mise en ordre de l'espace urbain : signalétique, accès, stationnement, circulation, dispositif de surveillance ou d'éviction. Ces notes ont été à l'origine d'étiquettes comme « organiser l'espace », « concentrer les activités », ou encore « normer les produits immobiliers ». Ces premières étiquettes ont été fabriquées lors de sessions de « découverte » du matériau grâce à un système de sélection aléatoire d'extraits d'entretien de vingt minutes, choisis dans une logique de représentativité parmi les personnes enquêtées, croisées avec les notes d'observations relevant l'intuition de ces phénomènes. Ces extraits ont été intégralement retranscrits puis étiquetés. Les étiquettes qui ont émergé de ce premier travail ont ensuite été retravaillées pour faire émerger des propriétés plus larges. De ce fait l'ordre dépasse alors la dimension symbolique et matérielle de la *mise en ordre* des choses. Il s'agissait aussi de faire écho à l'ordre comme structure professionnelle. Ainsi, les logiques sociologiques de cooptation, observées au travers de la constitution des groupements d'actionnaires, la manière dont les réseaux des agents sont mobilisés pour contourner les règles ou obtenir des opportunités relevait aussi de cette logique d'ordre. Ce processus s'est construit par la conceptualisation progressive d'une catégorie que j'ai fini par nommer « régimes

d'ordre professionnel ». Celle-ci s'est formée à partir d'un ensemble hétérogène d'étiquettes initiales issues d'observations et d'entretiens : « respecter ses pairs », « ordonner par l'ordre professionnel », « confondre les genres », « cooptation-facilitation par l'ordre », etc. Ces étiquettes rendaient compte de situations où les professionnels construisaient, questionnaient ou contournaient les règles d'appartenance à leur champ.

Le passage des étiquettes aux catégories conceptuelles ne s'est pas effectué selon un cheminement linéaire, mais au fil d'une dynamique itérative et cumulative, alimentée par la multiplication des matériaux, les ajustements progressifs du carnet de codage et une réflexivité méthodique. Ce processus a permis de faire émerger des propriétés analytiques, c'est-à-dire des dimensions plus générales, bien que toujours ancrées empiriquement, permettant de structurer des ensembles d'étiquettes partageant une logique commune. Ces propriétés ont ensuite servi de socle à la formulation de catégories conceptuelles, stabilisées, transversales et opérantes pour l'analyse générale du terrain. Chaque moment sur le terrain a été l'occasion d'un double travail : d'une part, réintégrer les nouvelles données en les confrontant aux étiquettes existantes (comparaison constante), d'autre part, repérer des glissements de sens, des points de saturation ou d'élargissement conceptuel. Ce travail est consigné dans un carnet de codage, sur le modèle du carnet de terrain, où sont notés les choix opérés, les hésitations, les déplacements sémantiques et les ajouts terminologiques.

La construction de la catégorie « mettre en ordre » a nécessité plusieurs reformulations. À un moment, j'avais envisagé des formulations plus générales se rattachant à la « norme », mais elles me semblaient trop imprécises pour rendre compte de la diversité des modes de régulation (formels, informels, symboliques) observés sur le terrain. L'introduction du mot « mettre » m'a permis de souligner le caractère pluriel, conflictuel et évolutif de ces logiques, qui relève là d'un régime d'action plutôt que décrivant un état. D'autres catégories se sont construites sur des temporalités plus longues, en lien avec la saturation progressive de certaines propriétés dans le corpus que j'analyse dans les chapitres suivants. Ces catégories ont toutes pour point commun de ne pas avoir été importées d'un cadre théorique préétabli, mais d'avoir été fabriquées à partir du matériau, selon une logique ascendante, comme le recommande la MTA. Elles fonctionnent par ailleurs en résonance avec les catégories conceptuelles tirées de la littérature et qui structurent également mon analyse, telles que le champ ou la notion de *spatial fix*.

Enfin, la validation de ces catégories n'est pas fondée sur leur exhaustivité statistique, mais sur leur capacité à faire tenir ensemble un faisceau d'observations empiriques, à leur résonance avec les vécus exprimés par les enquêté·es, et à leur utilité analytique pour comprendre les régularités du capitalisme médical à Sfax. C'est en ce sens que la saturation, telle que définie par Olivier de Sardan (2008), intervient comme principe de clôture : lorsqu'un concept permet de rendre compte de multiples observations sans nécessiter de reformulation supplémentaire, il est considéré comme suffisamment stabilisé pour entrer dans l'analyse finale.

Conclusion de section

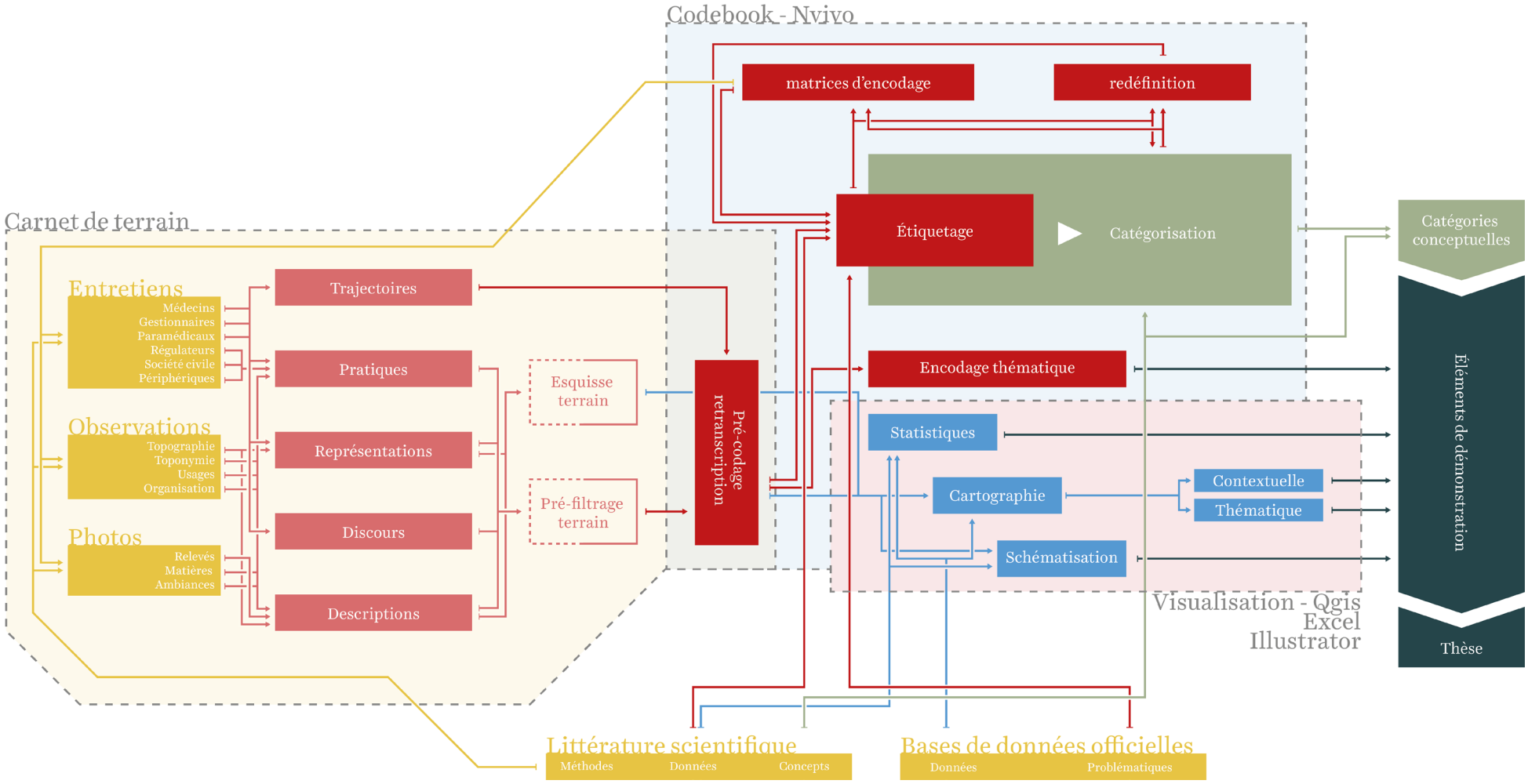


Figure 35 – Schéma de la méthode de transformation des données de l'enquête. Réalisation : Théo Maurette 2025.

Le schéma présenté ci-dessus (Figure 35) résume le fonctionnement itératif du travail de théorisation ancrée que j'ai mené à partir des données de terrain. Loin d'un simple traitement mécanique ou d'une codification automatisée, ce processus s'est construit comme une transformation progressive du matériau empirique, appuyée sur des outils méthodologiques éprouvés, mais aussi sur des ajustements personnels et situés. En articulant carnet de terrain, carnet de codage, logiciel Nvivo, tableaux de croisement et schémas de synthèse, j'ai pu donner forme à un raisonnement inductif ancré dans l'expérience du terrain, sans renoncer à l'ambition théorique. Cette démarche a permis de produire des catégories conceptuelles ni imposées au terrain, ni purement descriptives, mais construites à partir de la confrontation constante entre observations, discours, intuitions et réflexions.

Le travail d'étiquetage puis de montée vers les propriétés et catégories s'est ainsi avéré être un espace d'interprétation dans lequel les savoirs situés (y compris les miens) sont mis à l'épreuve. Les exemples développés dans cette section témoignent du fait que les catégories centrales de cette thèse ne sont pas des résultats isolés de l'analyse, mais les produits d'un cheminement méthodique, dans lequel l'empirique et le théorique sont mis en dialogue constant. C'est sur cette base que repose l'architecture interprétative des chapitres suivants. Les catégories que j'y mobilise, qu'elles relèvent du langage de l'analyse inductive ou du vocabulaire de la sociologie et de la géographie sociale, sont le fruit d'une construction progressive, cumulative ayant atteint un point de saturation, qui donne à l'interprétation toute sa légitimité scientifique.

Encadré : les conditions de la transformation des données qualitatives

De la même manière que l'accès aux données qualitatives et leur production relèvent d'enjeux matériels, je tiens à rappeler quelques éléments qui permettent de situer les outils et les conditions de la transformation des données mobilisées dans cette thèse. Le dualisme analogique et numérique du travail suppose de disposer à la fois d'un bagage personnel permettant d'appréhender des outils manuels, bien que très répandus, et de pouvoir les transposer sur des supports numériques de manière pérenne.

Si l'université propose un certain nombre d'outils numériques permettant de produire et stocker correctement les données de terrain, l'explicitation claire à la fois des besoins et des dispositifs techniques disponibles en enquête qualitative me semble encore avoir du chemin à parcourir. Si un micro de qualité professionnelle a pu m'être prêté (et vu l'usage croissant des traitements automatisé des corpus, c'est un prérequis qui me semble indispensable pour qui n'a pas de difficulté à visibiliser sur son terrain un dispositif de captation), j'ai travaillé avec mon ordinateur personnel tout le long de ma thèse. Cela pose la question de l'injonction à proposer des procédés respectant les principes du RGPD que j'ai appliqué dans ma thèse, notamment en matière de fuite

potentielle de données personnelles sans pour autant en assurer les moyens matériels. Ce fonctionnement incite à avoir une « hygiène » numérique personnelle irréprochable, qui est envisageable lorsque l'on est bien formé, mais reste à mon sens un risque institutionnel important compte tenu du coût d'entrée que peut représenter la gestion des données sur un ordinateur et les grandes disparités de compétences auxquelles nous faisons face parmi les chercheur·euses.

Aussi, un certain nombre d'outils commencent seulement à être mutualisés, en particulier ce qui relève du traitement qualitatif des données et l'usage des CAQDAS dont les coûts de licence, importants, ne sauraient être individualisés. Le plus gros problème relève en revanche dans le libre accès à la connaissance. La centralisation des ressources scientifiques chez quelques éditeurs et la disparité des bouquets d'abonnements dont disposent les universités françaises rendent parfois le travail documentaire laborieux, alors que la numérisation massive des corpus textuels entrepris depuis plusieurs décennies devrait au contraire être la promesse d'un partage massif, illimité et inconditionnel des travaux scientifiques. Il faut adresser un hommage particulier aux militant·es qui continuent de maintenir les plateformes en ligne donnant accès à tout·es à ces ressources, en dépit des risques qu'ils et elles encourent au regard des différents régimes de droit sur la propriété intellectuelle. Sans ces bases de données, aucune science produite aujourd'hui ne pourrait atteindre un tel taux de référence et de connexions aux autres travaux. Je retiens que, certes, la recherche publique, en finançant de manière quasi inconditionnelle ses agents, se met à l'abri d'un certain nombre de biais qui pourraient ternir la qualité de ses productions scientifiques. Mais il faudra aussi poser cette problématique concernant les outils de production qu'elle utilise au quotidien et à qui appartiennent ces outils. J'écris par ailleurs ces lignes au moment où les modèles de langage génératif commencent seulement à faire l'objet d'une discussion politique et médiatique, après des années de développement dans la plus grande opacité.

Que l'on soit clair sur ce point, la production de cette thèse a autant dépendu des services étatsuniens de Google et Microsoft que des pirates internationaux de Sci-hub, Zlibrary et d'AnnasArchive. Et c'est un fait indéniablement partagé par la plupart de mes contemporain·es, titulaires de leur poste ou non, mobilisant des méthodes qualitatives ou non.

Conclusion de chapitre

Ce chapitre a exposé les principes et les pratiques méthodologiques que j'ai déployés durant toute ma recherche sur le capitalisme médical sfaxien. J'ai ainsi montré comment, par des allers-retours constants entre l'empirique et le conceptuel, s'est construit l'ensemble des catégories analytiques de la thèse. En m'appuyant sur les principes de la théorisation ancrée (*grounded theory*), j'ai proposé un cadre spécifiquement adapté aux contraintes du terrain sfaxien. Entre instabilités politiques, contraintes institutionnelles et opportunités liées à ma position sociale, la MTA propose un cadre ouvert qui laisse place à la créativité et à l'adaptation pour résoudre des tensions qu'une méthode déductive n'aurait pas permis de résoudre. L'ancrage de la méthode de terrain permet de resituer les conditions matérielles de la production de connaissance dans le contexte d'une recherche transnationale, dont les moyens et les ambitions sont essentiellement ceux des pays du Nord, enquêtant dans un pays du Sud. Ce chapitre avait donc également pour objectif de replacer la production conceptuelle et empirique dans ce contexte, qui en a nécessairement orienté les résultats.

La méthode déployée ici propose donc un cadre qui permet de faire la synthèse entre ces enjeux et la nécessité de saisir la complexité d'un champ traversé lui-même par des logiques de pouvoir, en faisant reposer la production de données sur une triangulation entre entretiens semi-directifs et observations comme principal dispositif. Ce choix de dispositifs permet une lecture à la fois critique et ancrée des phénomènes sociaux et spatiaux qui font le capitalisme médical sfaxien. Ce protocole, bien que reconstitué de manière linéaire pour les besoins de ce compte rendu, insiste sur la nécessité d'être conçu comme ouvert et en perpétuel réajustement. Je rappelle en plus que cette base est essentielle pour assurer la validité interne et externe de mes résultats de recherche. Les chapitres suivants s'attachent à restituer empiriquement et conceptuellement les analyses que cette méthode a permis de faire émerger, en lui fournissant un vocabulaire et des points de connexion avec des références théoriques existantes dans la littérature scientifique.

Chapitre 4 – De la mise en ordre du champ à son articulation économique : la structuration de l'espace médico-capitaliste

Depuis les années 1990, le capitalisme médical à Sfax s'est structuré dans un contexte de retrait partiel de l'État tunisien, au croisement de réformes néolibérales, du développement des réseaux transnationaux de patient·es et d'initiatives entrepreneuriales portées par les soignant·es elles et eux-mêmes. Ce processus s'inscrit dans une histoire plus longue : celle d'un régime autoritaire qui, jusqu'à la révolution de 2011, encadrait étroitement l'initiative privée tout en autorisant, de manière sélective, certaines formes d'investissement lucratif dans le secteur de la santé. Loin d'être linéaire, cette trajectoire a été marquée par des crises et des reconfigurations successives. Comme cela a été détaillé dans le premier chapitre, l'essor du secteur privé médical à Sfax repose sur une rente transnationale instable, dont la patientèle libyenne représente de très loin le premier pôle.

Dans ce contexte, une configuration spécifique émerge, que j'ai proposé de désigner comme le capitalisme médical sfaxien. Ce dernier ne se réduit pas à l'existence d'un marché de soins privé ni à la domination des médecins comme agents centraux. Il s'agit d'un espace structuré par des logiques marchandes spécifiques, mais aussi par des rapports professionnels, symboliques et politiques. Ce système repose fondamentalement sur la propriété privée des moyens de production des soins, la coopération ou la concurrence entre professionnel·les, et un rapport particulier au marché des patientèles, locales comme internationales. Il s'inscrit dans la définition développée au chapitre 1 du capitalisme médical comme mode d'organisation où la concentration du capital, la hiérarchisation du travail et l'exercice d'un pouvoir de marché permettent à une minorité d'agents de structurer l'offre de soins selon des logiques d'accumulation et de profit. Ce qui singularise cette configuration à Sfax, c'est la centralité occupée par les praticien·nes dans la production et la régulation du secteur, l'influence des réseaux familiaux locaux, la densité importante d'établissements privés et le développement, très tôt, de pratiques informelles au sein de cette filière.

Ce chapitre propose ainsi de « remettre en ordre », dans un double sens, cette configuration qui apparaît en première lecture opaque et fragmentée. D'une part, il s'agit de déconstruire le désordre apparent, parfois même revendiqué, qui semble régir cet espace professionnel : opacité des pratiques, pluralité des statuts, hétérogénéité des

trajectoires. D'autre part, il s'agit de faire apparaître l'ordre social sous-jacent, structurant les relations entre les agents, et notamment le rôle central des hiérarchies professionnelles. Ces dernières participent à la fabrique d'un ordre médical marchand, dans lequel l'ordonnance (médicale) constitue aussi un vecteur de positionnement symbolique et pratique, orientant les parcours entre les différents acteurs. L'objectif n'est donc pas d'établir une typologie figée, mais de proposer une clarification des structures sociales qui organisent, hiérarchisent et rendent fonctionnel cet espace de soins marchand.

Pour cela, les outils proposés par Pierre Bourdieu (1966; 1979), en particulier les notions de champ et de capital, permettent de penser l'espace du capitalisme médical sfaxien comme un champ professionnel et économique à part entière, avec ses hiérarchies internes, ses agents dominants et dominés, ses formes de capitaux spécifiques, et ses frontières mouvantes avec d'autres espaces sociaux. En effet, cet espace ne se comprend pas uniquement par sa structure interne. Il est en relation constante avec d'autres sphères d'activité, notamment le champ économique au sens large (circulation du capital, investissement immobilier, services aux entreprises, réseaux patronaux) et le champ politique (relations aux instances de régulations, aux ordres professionnels, à l'État). Il est également traversé par des rapports de genre, de classe et de génération, qui modulent les accès au capital et les formes de reconnaissance. Enfin, les positions dans cet espace ne sont jamais figées : elles se négocient, se déplacent, et s'actualisent selon l'évolution des pratiques professionnelles, les discours, les alliances ou les conflits. Cette dynamique s'appuie sur la mobilisation de formes de capital multiples (économique, social, culturel) dont l'agencement spécifique constitue ce que l'on peut nommer ici un capital médical (Pinell 2009). Ce capital hybride fonde une capacité d'action et de reconnaissance dans le champ médical (capitaliste ou non), mais aussi hors de celui-ci, ou depuis l'extérieur de celui-ci, en structurant les ressources symboliques activables dans d'autres espaces sociaux ou institutionnels.

Trois dimensions structurent l'analyse proposée ici. D'abord, il s'agit d'examiner les formes de hiérarchisation professionnelle qui organisent la distribution du pouvoir au sein du capitalisme médical sfaxien : spécialités dominantes, statuts institutionnels, relations d'autorité et de coopération. Ensuite, l'analyse porte sur les périphéries et les marges de ce système, à la fois comme espaces d'exclusion ou de subordination (aides-soignant·es, personnel administratif, agents d'intermédiation) et comme zones de porosité avec d'autres sphères sociales (activités touristiques, milieux financiers, secteur informel). Enfin, je montre que cette configuration ne produit pas seulement des relations verticales entre les agents (dominant·es/dominé·es), mais aussi horizontales (coopérations, concurrences, circulations).

L'analyse repose sur une double démarche : une lecture structurelle des positions occupées par les différents agents dans le champ du capitalisme médical sfaxien, et une attention aux trajectoires, aux discours et aux pratiques qui actualisent ces

positions. Cette attention inclut la dimension spatiale de ces trajectoires, qui ne sont pas seulement sociales ou professionnelles, mais s'incarnent aussi dans des circulations notamment transnationales qui participent à la structuration des positions dans le champ. Quatre grandes figures en émergent, correspondant à des positions spécifiques dans la filière et le champ : agents centraux, périphériques, transversaux et marginaux. Ces figures ne sont ni figées ni exclusives, mais permettent de structurer l'analyse à partir d'une lecture relationnelle des positions occupées dans un espace social en recomposition permanente. L'ambition de ce chapitre est ainsi de rendre compte des configurations concrètes du néolibéralisme qui rendent possibles l'existence et le fonctionnement du capitalisme médical sfaxien. Il s'agit d'un espace de libération partielle des positions marchandes et des opportunités entrepreneuriales, tout en reposant sur les structures de l'État, les cadres institutionnels existants et la mobilisation de ressources symboliques déjà structurées.

A – Soigner et posséder : les agents centraux du champ

La compréhension des configurations dominantes du capitalisme médical sfaxien suppose d'abord de s'arrêter sur ses agents centraux : celles et ceux qui disposent à la fois d'un pouvoir d'agir dans l'espace de soins et d'un pouvoir économique dans l'espace économique. Ce sont les professionnel·les du soin qui exercent leur activité dans des structures qu'ils et elles possèdent, contrôlent ou financent. Cela recouvre deux grandes catégories : d'une part les médecins-actionnaires, souvent à l'initiative et majoritaires dans les projets cliniques ; d'autre part les professionnels d'officine, notamment les pharmacien·nes et les médecins biologistes, qui détiennent leurs propres officines ou laboratoires, mais qui peuvent aussi être coactionnaires de cliniques privées. Au sein de ces configurations de trajectoires s'entremêlent les carrières professionnelles, les stratégies familiales, des circulations internationales et un arbitrage entre le secteur public et privé. Il faut ici considérer la diversité (relative aux grandes tendances) des trajectoires par lesquelles les médecins sfaxien·nes deviennent propriétaires ou coactionnaires d'établissements cliniques, ainsi que les formes concrètes que prennent leurs investissements.

Certaines trajectoires s'enracinent localement de longue date, d'autres dans une circulation entre la France et la Tunisie, d'autres encore dans une sortie contrainte de l'hôpital public ou dans l'impossibilité d'intégrer la fonction publique hospitalière. Ces parcours structurent les formes d'engagement dans les projets cliniques : entre investissement majoritaire dans une polyclinique, détention de parts symboliques dans plusieurs établissements, ou mobilisation d'un capital hérité ou familial. Ce sont aussi des trajectoires de genre, d'âge et de génération, dans lesquelles l'accès au capital, la place dans la division professionnelle du travail, ou encore les formes de reconnaissance qui font varier ces investissements. Comprendre qui sont ces médecins-actionnaires, mais aussi les pharmacien·nes et médecins biologistes impliqué·es dans les dynamiques d'actionnariat, et comment ces agents occupent une position centrale dans le champ médical capitaliste, suppose donc de tenir compte de ces trajectoires, à la fois sociales, spatiales et professionnelles.

1 – Investir son outil de travail : l'actionnariat médical

Les médecins constituent la catégorie la plus visible et la plus structurante du champ médical capitaliste à Sfax. Historiquement à l'origine de la structuration du « couple cabinet-clinique » (voir Figure 36 ci-dessous), les médecins jouent un rôle central dans la fabrique de la filière privée du soin. Je propose de conceptualiser ce couple comme l'agencement structurant du capitalisme médical sfaxien : il repose sur l'articulation entre une activité individuelle de soin (le cabinet) et un investissement collectif dans une infrastructure productive capitalistique (la clinique). Le cabinet constitue l'espace d'autonomie et de construction d'une patientèle ; la clinique, quant à elle,

permet l'accès à des plateaux techniques mutualisés, nécessaires à certaines spécialités, et ouvre à une logique d'accumulation. Ce dispositif combine ainsi une fonction professionnelle, fondée sur la légitimité ordinale à soigner, et une fonction économique, rendue possible par l'accès à l'activité libérale et à la propriété du capital. Il ne s'agit pas ici de tirer un revenu d'une rente, mais bien d'agents qui organisent leur outil de travail et leur rémunération à partir de cette articulation. La clinique est ainsi conçue comme une extension collective du cabinet, et non comme un actif autonome. Cette relation structure l'engagement des médecins dans des projets de cliniques privées et en détermine les hiérarchies internes.

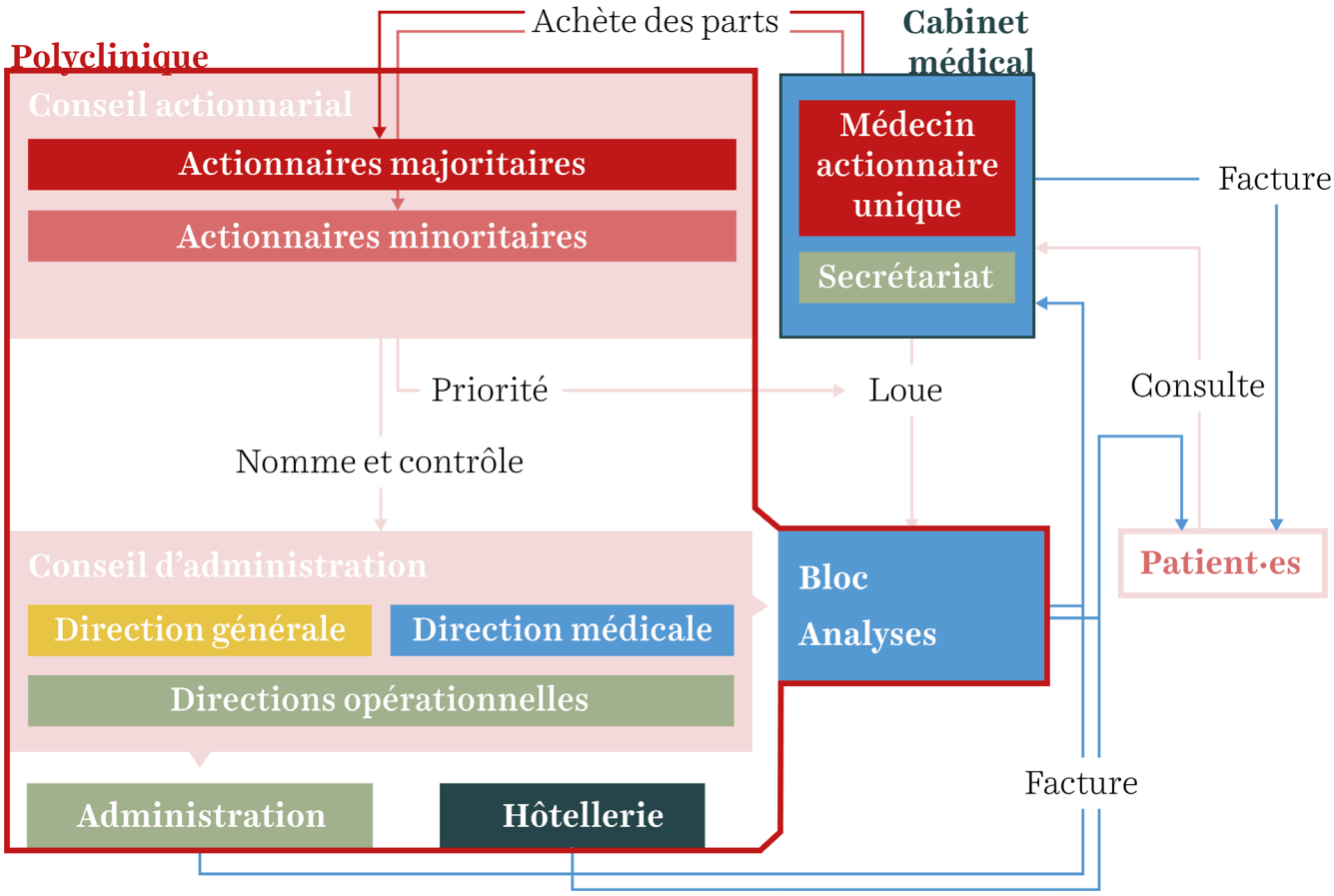


Figure 36 – Schéma fonctionnel du « couple cabinet-clinique » Réalisation : Théo Maurette 2025.

La rémunération des médecins en exercice libéral en Tunisie repose ainsi sur une double source de revenus. D'une part, les honoraires tirés des consultations au cabinet et des actes techniques réalisés en clinique et d'autre part les éventuels revenus du capital que peuvent générer la ou les cliniques sous forme de dividendes. La tarification des actes médicaux est encadrée par la loi et renégociée périodiquement par le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), en concertation avec des instances étatiques, telles que la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM). En 2025, une consultation de spécialiste coûte entre 50 et 127 dinars selon les disciplines (soit environ 15 à 40 euros). Il en va de même pour les actes réalisés en clinique, bien que ceux-ci

connaissent une variabilité plus importante : de 850 dinars (environ 250 euros) pour un accouchement jusqu'à plusieurs milliers de dinars pour certaines interventions de chirurgie esthétique. Cette tarification repose sur un système de codification appelé « lettres-clés », qui permet d'associer plusieurs actes dont la tarification est régulée dans une même facturation adressée aux patient·es[36]. À l'inverse, les médecins du secteur public ne perçoivent qu'une rémunération salariale encadrée, comprise entre 1500 et 1800 dinars (entre 440 et 530 euros) en début de carrière jusqu'à 3000 à 5000 dinars (entre 900 et 1500 euros) mensuels pour les professeurs agrégés en fin de carrière. Avec la possibilité, pour une partie d'entre elles et eux, d'exercer une activité privée complémentaire[37] (APC). Globalement, la pratique libérale offre des trajectoires de revenus plus élevées mais plus volatiles (selon le volume d'activité, la spécialité et l'accès aux cliniques), tandis que le public garantit des revenus stables mais plus modestes.

Parmi les médecins exerçant en libéral, les disparités de revenus sont assez marquées. Elles sont d'abord dépendantes de la spécialité : les disciplines à actes lourds et requérant l'usage intensif des plateaux techniques (chirurgie, cardiologie interventionnelle, imagerie, PMA et ophtalmologie en particulier) dégagent des chiffres d'affaires bien plus élevés que les consultations de médecine générale. Ces revenus tiennent aussi à la position dans le champ, comme je le détaille plus loin, notamment par la possibilité d'accéder aux équipements des cliniques mais aussi à la réputation des médecins. L'âge est un facteur important, car les jeunes praticien·nes ont généralement beaucoup moins d'activité que leurs aîné·es, du fait de leur réputation qui se construit tout au long de la carrière. Mais la localisation a aussi son importance. L'enquête s'étant déroulée à Sfax, j'y ai rencontré des médecins ayant accès à la patientèle étrangère, libyenne en particulier. Dans les régions intérieures, les récits des personnes enquêtées font état d'opportunités de revenus moindres, un constat partagé par l'enquête menée par Mounir Jarraya et Gérard Beltrando (2013), plusieurs fois évoquée dans les chapitres précédents.

Durant les entretiens, la question des revenus a souvent été un sujet délicat pour lequel j'obtenais rarement des réponses précises. Les ordres de grandeur que j'évoque ici sont le résultat du croisement entre les tarifications affichées par les médecins et le nombre de consultations quotidiennes qu'ils ou elles m'ont déclaré. Les personnes enquêtées étaient systématiquement réticentes à me partager les chiffres bruts de leur rémunération. Ainsi, d'après les données récoltées durant les entretiens, en moyenne, un·e médecin généraliste en zone urbaine peut prétendre à une rémunération stable oscillant entre 10 000 et 15 000 dinars (entre 3000 et 4600 euros) bruts mensuels, tandis qu'un·e médecin spécialiste pourra prétendre à des revenus compris entre 10 000 et 30 000 dinars (entre 3000 et 9000 euros) bruts mensuels. Plus précisément, un cabinet

[36] Décret n° 93-1155 du 17 mai 1993, portant code de déontologie médicale

[37] Ce régime hybride de consultation privée par des médecins du secteur public est détaillé dans un point spécifique plus bas.

ayant un bon taux de remplissage, évalué de 12 à 15 patient·es d'après les témoignages recueillis, dont les consultations sont facturées entre 50 et 90 dinars (entre 15 et 27 euros), pour une vingtaine de jours de consultation par mois, confirme en effet ces ordres de grandeur. Reste que ces chiffres n'indiquent pas la rémunération par les opérations nécessitant l'usage d'un plateau technique en clinique. Certaines personnes enquêtées ont rapporté des revenus mensuels pouvant dépasser les 40 000 dinars (9000 euros) mensuels pour les chirurgien·nes les plus réputé·es. Mais ce chiffre n'a pas pu être confirmé par les personnes concernées que j'ai pu interroger, qui sont restées très vagues sur le sujet, déplaçant systématiquement la question vers leur contribution à l'effort fiscal.

La question de la fiscalité des médecins est en effet un enjeu public en Tunisie. Comme le rappelle un article du journal d'investigation InkyFada paru en 2016[38], la médecine fait partie des professions parmi les moins imposées en proportion de ses revenus. La situation fiscale des médecins en exercice libéral est relativement complexe, puisque plusieurs régimes s'y superposent. Contrairement aux médecins salarié·es de l'hôpital public qui ne sont soumis·es qu'à l'impôt sur le revenu, l'exercice libéral contraint à l'acquittement de l'impôt sur les sociétés, de la TVA ainsi qu'une éventuelle commission de la CNAM suivant le régime indemnitaire des patient·es. Cumulées, ces charges peuvent atteindre la moitié du revenu brut du cabinet. Or, l'article d'Inkyfada démontre que d'une part la majorité des médecins en exercice libéral déclarent moins de revenus que les médecins du secteur public (ce qui est incohérent avec les revenus réels constatés durant l'enquête) et que d'autre part diverses pratiques leur permettent de ne pas déclarer l'entièreté de leur activité réelle, en particulier lorsque la patientèle vient de l'étranger et échappe donc au contrôle de la CNAM. Ceci leur permet, cumulé à d'autres stratégies d'optimisation fiscale (voir chapitre 6), d'échapper en partie à l'impôt. Cela rendant ainsi difficile, même pour les autorités, l'évaluation précise de leurs revenus.

Il faut également noter que, pour l'ensemble des médecins en exercice libéral rencontré·es, leur cabinet salariait une secrétaire[39] médicale, dont les rémunérations mensuelles étaient généralement comprises entre 700 et 900 dinars (entre 200 et 250 euros), soit un coût employeur d'environ 1500 dinars (environ 440 euros) à déduire du chiffre d'affaires.

À Sfax, l'enquête a montré qu'une part significative des revenus de cabinets spécialisés provient de la patientèle libyenne et, plus largement, étrangère. D'après les données issues des entretiens, cette part varie généralement de 30 % à 50 % des revenus générés par le cabinet. La dépendance à ces flux transnationaux a deux conséquences

[38] https://inkyfada.com/fr/2016/11/10/tunisie-fraude-fiscale-professions-liberales-loi-finances-medecins-architectes-avocats/

[39] Aucun homme n'occupait ce poste dans les cabinets que j'ai pu visiter à Sfax et à Tunis.

analytiques. D'une part, les revenus des médecins qui sont au cœur du « couple cabinet-clinique » peuvent ainsi être très élevés : avec des tarifs hors convention avec la CNAM et des paniers d'actes plus coûteux, ces cabinets génèrent des excédents importants qui constituent la base financière du capitalisme médical. D'autre part, l'absence de conventionnement sur les prestations aux patient·es étranger·es permet de facilement occulter l'activité réelle du cabinet et donc d'en sous-déclarer les revenus. En conséquence, il convient de raisonner ici sur la base de ces fourchettes de revenus, permettant d'apprécier la base en capital financier dont peuvent disposer les médecins-actionnaires.

En plus de la question financière, quelques précisions médico-légales permettent d'apprécier la structure sociale et institutionnelle du « couple cabinet-clinique ». La loi impose aux médecins de réserver leurs consultations au cabinet, tandis que les actes chirurgicaux doivent être réalisés en clinique[40]. Toutefois, trois spécialités, l'anesthésie, la biologie et la radiologie, peuvent être exercées à temps plein en clinique. Tous les autres profils de médecins présentés ici ont donc un intérêt prioritaire dans leur cabinet, ou dans leur activité mixte à l'hôpital public dans le cas des médecins sous le régime de l'Activité privée complémentaire (APC). La typologie développée dans cette section repose ainsi sur le lien entre la spécialité exercée, le rapport au cabinet, et la forme d'investissement dans la clinique, comme indicateurs de la position occupée dans le champ médical capitaliste.

En 2019, le CNOM recensait 804 médecins spécialistes exerçant une activité privée dans le gouvernorat de Sfax. Ces médecins ne forment pas un groupe homogène. Selon leur spécialité, leur génération, leur statut professionnel ou leur capacité à mobiliser du capital, leur position dans le champ varie. Certain·es sont actionnaires majoritaires et à l'initiative des projets de cliniques, quand d'autres détiennent des parts minoritaires dans plusieurs établissements, ou restent extérieur·es au capital, mais négocient leur accès aux plateaux techniques. Cette diversité s'explique aussi par la spécialisation fonctionnelle des pratiques : les chirurgien·nes et anesthésistes, qui ont besoin d'un bloc opératoire, n'ont pas les mêmes contraintes que les autres disciplines. Elle s'explique enfin par des trajectoires distinctes, marquées pour beaucoup par une expérience de formation ou de travail à l'étranger, principalement en France. La Figure 37 ci-dessous rend compte de ces parcours, année par année, pour chacun·e des 15 médecins ayant accepté de me retracer précisément le leur :

[40] Décret n° 93-1155 du 17 mai 1993, portant code de déontologie médicale

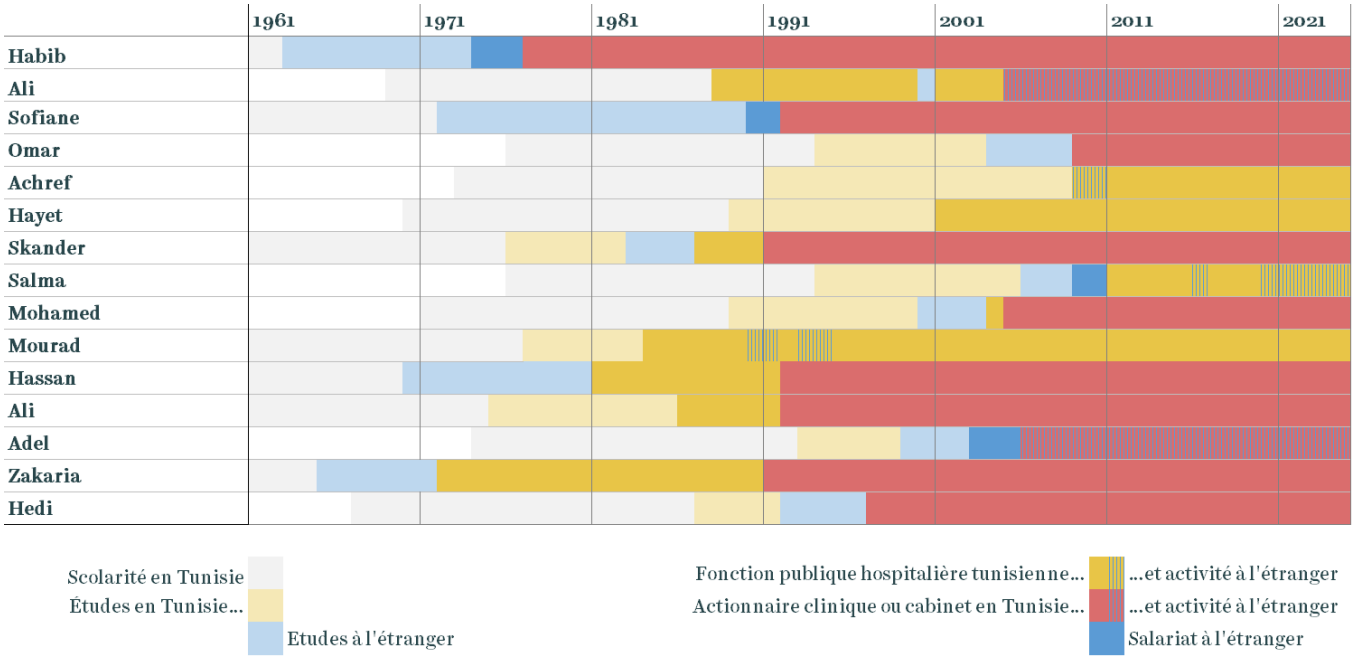


Figure 37 – Tableau des trajectoires professionnelles des médecins enquêté·es. Réalisation : Théo Maurette 2025.

Ces parcours s'organisent selon trois dimensions principales : d'abord, la centralité de l'expérience internationale dans les trajectoires universitaires, qui renforce la hiérarchie postcoloniale des savoirs et confère une reconnaissance professionnelle accrue ; ensuite, la mobilité des compétences et des réseaux construits durant ces séjours, qui demeurent activables une fois de retour en Tunisie ; enfin, la persistance d'une double présence pour certain·es, qui continuent à circuler entre la Tunisie et l'Europe, cumulant consultations, collaborations ou formations spécifiques. Cette internationalisation des profils centraux du capital médical façonne les visions managériales, les stratégies d'investissement et les formes d'organisation des cliniques.

Cette sous-section propose ainsi d'exposer une typologie des médecins-investisseur·euses dans les cliniques privées sfaxiennes. Elle met en évidence les conditions d'accès au capital, les modes d'investissement, les hiérarchies internes et les conflits qui structurent cette catégorie d'agent. Elle débute par la figure dominante du médecin chirurgien·nes actionnaire, puis présente les cas des anesthésistes, des radiologues et biologistes, des médecins dirigeant·es, des pluriactionnaires, et enfin les spécialistes en APC.

Les médecins de spécialité chirurgicale

Les médecins de spécialité chirurgicale constituent la catégorie la plus représentée parmi les actionnaires majoritaires des polycliniques sfaxiennes. En 2019, on comptait 458 médecins exerçant une spécialité chirurgicale à Sfax, principalement en gynécologie obstétrique (99), en chirurgie viscérale (62) et en chirurgie orthopédique (74). Ces médecins investissent dans des cliniques pour garantir leur accès aux plateaux

techniques, essentiel à leur exercice, et parce que leur spécialité génère les revenus les plus élevés du champ médical, ce qui leur confère une importante capacité de financement. Dans les conseils actionnariaux auxquels j'ai eu accès, ces médecins détiennent souvent plus de la moitié des parts, ce qui en fait des agents décisionnaires importants.

Toutefois, seule une faible part de ces praticien·nes participe à l'actionnariat majoritaire à l'échelle de Sfax. Le reste appartient à l'actionnariat minoritaire, pluriactionnaire, voire n'est pas impliqué dans le capital des cliniques. Les parcours de ces médecins sont souvent marqués par une formation à Sfax ou à Tunis, suivie d'une spécialisation à l'étranger (notamment en France, comme le rappelle la Figure 37) avant un retour en Tunisie. Ali[41] illustre bien ce type de trajectoire, avec un passage par le Maroc et la France, puis une longue carrière dans le public avant de se lancer dans un projet privé familial. Ces profils sont en grande majorité masculins. Les femmes évoquées dans les conseils actionnariaux occupent plutôt des postes en biologie médicale. Par ailleurs, tout·es les chirurgien·nes rencontré·es dans le cadre de cette enquête avaient plus de 50 ans. Ce constat renvoie à deux éléments : d'une part, l'investissement dans une clinique nécessite un capital médical important, difficilement mobilisable en début de carrière. Il faut en effet détenir un certain capital financier, mais aussi un réseau de relations et de confiance pour être invité ou à l'initiative d'un projet à plusieurs millions de dinars ; d'autre part, nombre d'établissements ont été ouverts ou rachetés entre les années 1990 et 2010, par des médecins alors en milieu de carrière. Ils et elles ferment ainsi la porte aux générations les plus récentes, qui rejoignent généralement des collectifs déjà existants sur le modèle du pluriactionnariat qui j'explique plus loin.

Habib[42], cardiologue, illustre une autre de ces configurations d'investissement. Après dix ans dans un CHU en France et un retour en Tunisie en 1975, il s'installe en cabinet à Sfax. Ce n'est qu'après 25 ans d'exercice libéral qu'il entre au capital d'une clinique, via le rachat collectif d'un établissement existant. Son récit met en lumière la logique du couple cabinet-clinique : la clinique est pensée comme une extension du cabinet, outil indispensable pour accéder à des équipements de qualité et sécuriser son activité professionnelle. Pour cette catégorie, la clinique est rarement perçue comme une source majeure de revenu. Les dividendes, souvent faibles ou variables, ne constituent pas une motivation première. Skander[43], actionnaire dans l'une des plus anciennes cliniques de Sfax, le résume ainsi :

> ***Skander :*** *Les dividendes, ce n'est pas beaucoup d'argent en fin d'année. C'est rentable parce qu'on peut y exercer. Le plateau technique permet l'activité, et s'il y a un peu de dividendes, tant mieux. Mais ce n'est pas systématique.*

[41] Entretien n° 33 avec Ali le 5 avril 2022 à Sfax.
[42] Entretien n° 28 avec Habib le 23 juin 2021 à Sfax.
[43] Entretien n° 21 avec Skander le 22 mai 2021 à Sfax

La facturation des actes chirurgicaux réalisés en clinique est adressée aux cabinets, ce qui implique que les médecins contribuent à l'amortissement des coûts d'équipement et de fonctionnement. Ainsi, leur motivation première demeure l'acte médical lui-même, prescrit et organisé depuis le cabinet. Malgré ce positionnement centré sur l'exercice, ces médecins chirurgien·nes sont à l'origine de la majorité des projets de polycliniques à Sfax et occupent ainsi une place centrale dans le champ médical capitaliste sfaxien, en coopération, parfois conflictuelle, avec d'autres catégories d'investisseur·euses, comme les anesthésistes.

Les médecins anesthésistes

Les médecins anesthésistes constituent une catégorie particulière parmi les médecins actionnaires. Résident·es à plein temps en clinique, ils et elles ne disposent pas de cabinet privé en parallèle. Cette configuration s'explique par la nature même de leur activité : leur présence est requise en appui aux actes chirurgicaux, sans avoir à recruter de patientèle. Leur exercice est donc directement dépendant de l'activité du bloc opératoire. Dans les conseils d'administration des cliniques sfaxiennes, les médecins anesthésistes représentent la deuxième catégorie d'actionnaires la plus fréquemment rencontrée après les chirurgiens. Pour celles et ceux qui ne souhaitent pas, ou n'ont pas pu, passer les concours de la fonction publique hospitalière, l'investissement en clinique privée constitue notamment une voie privilégiée pour exercer leur métier. Ce positionnement les rend particulièrement sensibles à la performance de l'établissement, à la fois en termes d'activité et de rentabilité. Leur implication financière va donc au-delà de la simple activité médicale : leur revenu dépend aussi directement des dividendes versés, souvent perçus comme un moyen de compenser la dépendance à l'activité des chirurgiens.

Ce positionnement entraîne des tensions fréquentes au sein des collectifs d'actionnaires. Bien que réuni·es autour d'un projet commun, les visions divergent selon les spécialités. Le cas de Chérif S.[44], anesthésiste ayant travaillé en France avant d'investir à Sfax, illustre bien ces conflits. Ancien salarié puis actionnaire minoritaire d'une clinique plus ancienne de Sfax, il a fini par quitter ce collectif à la suite d'un désaccord avec certains chirurgiens, pour fonder une nouvelle clinique avec deux autres collègues comme base de leur collectif. Son récit met en évidence des clivages :

> ***Oussema :*** *J'étais dans le groupe [clinique concurrente]. Après il y a eu une dislocation du groupe de cette clinique. Comme toutes les cliniques à Sfax, le mécanisme c'est le même, hein. Donc il y a un groupe, ils s'entendent pas, par l'implication des, disons… il y a conflit d'intérêts. C'est-à-dire le genre de conflit habituel entre anesthésistes et chirurgiens ici.*

[44] Entretien n° 25 avec Oussema le 8 juin 2021 à Sfax.

> *C'est un peu comme en France, c'est exactement, pratiquement, la même chose. C'est le chirurgien qui amène le patient dans la clinique, qui recrute. Et il considère que le radiologue, le biologiste et l'anesthésiste, ce sont des gens purement consommateurs. C'est exactement la même chose en France, c'est des conflits éternels.*
>
> *Et donc il y a eu ce conflit. Qui existe dans toutes les cliniques, hein, comme je t'ai dit. Et donc on a pris notre groupe, essentiellement constitué de 2 médecins anesthésistes et il y avait un orthopédiste. On n'arrivait plus à s'entendre, on est en conflit avec un chirurgien, et lui avait d'autres chirurgiens avec lui, de son côté, donc on va partir et bâtir notre propre clinique.*

Le terme de « consommateurs » employé ici reflète une représentation récurrente : les médecins résidant en clinique (anesthésistes, radiologues, biologistes) sont perçus comme un coût par les chirurgien·nes, qui facturent l'ensemble de l'acte aux patient·es. En pratique, ces spécialistes facturent leurs actes à la clinique, ou bien en sont directement salarié·es. Leur rémunération se situe entre 30 % et 50 % du coût total de l'intervention[45]. Dès lors, deux enjeux majeurs structurent leur position. Premièrement, la nécessité de garantir un volume d'activité suffisant, car une baisse de fréquentation de la clinique affecte directement leur revenu. Deuxièmement, la qualité des investissements matériels réalisés par la clinique. Ces médecins résident·es sont directement concerné·es par le niveau d'équipement, qui constitue leur outil de travail principal. Chérif S. l'exprime ainsi :

> *Oussema : Moi je pense la clinique doit avoir une qualité de service qui est irréprochable, irréprochable. Y a d'autres cliniques [ndr : il cite une clinique concurrente dirigée majoritairement par des chirurgien·nes], ils soignent les gens certainement, mais si un chirurgien veut une colonne à 300 000 dinars, il l'aura, par contre si l'anesthésiste te dit qu'au bout de trois ans il faut changer les scopes[46], ben il ne le fera pas.*

Ce témoignage souligne que, pour ces praticien·nes, la question de la gouvernance des équipements est centrale. Contrairement aux chirurgien·nes, qui peuvent

[45] Exemple pour un accouchement par césarienne dans l'une des cliniques sfaxiennes : le forfait est de 500 dinars (environ 145 euros), dont 160 dinars (environ 45 euros) pour l'anesthésiste. Cette tarification tient compte du remboursement par la CNAM, soit pour une patiente tunisienne. Dans le cas des patientes libyennes, les tarifs pratiqués sont généralement supérieurs et ne sont pas négociés avec le régime d'assurance national.

[46] Une colonne est un ensemble d'équipements médicaux montés sur un chariot mobile. Dans le cas présent, il cite une colonne d'imagerie cœlioscopique, qui permet, à l'aide d'une caméra, de filmer l'intérieur du corps des patient·es. Les scopes font référence ici à des pièces détachées de cet appareil, qu'il faut renouveler régulièrement.

changer d'établissement, les anesthésistes sont davantage lié·es à la clinique. Ils et elles n'exercent pas sous leur nom propre, mais au nom de la structure, ce qui rend leur réputation dépendante de la qualité perçue de celle-ci. La compétition entre cliniques pour attirer des chirurgien·nes incite donc ces médecins à défendre une politique d'investissement ambitieuse. Leur implication dans la gestion des équipements et leur attachement à la pérennité de la structure renforcent leur rôle au sein du capitalisme médical sfaxien, où leur position est bien centrale, bien que parfois invisibilisée du fait de leur rôle particulier dans la filière des soins et de leur position conflictuelle avec les médecins chirurgien·nes.

Médecins radiologues et biologistes actionnaires

Bien que partageant un régime d'exercice résidentiel similaire à celui des anesthésistes, les médecins radiologues et biologistes occupent une position sensiblement différente dans l'espace du capitalisme médical sfaxien. Leur nombre est souvent restreint à un·e représentant·e par spécialité dans chaque clinique, du fait de la taille modeste des établissements (au regard des CHU qui disposent généralement d'unités radiologiques et biologiques comptant plusieurs praticien·nes) et de la nature technique de leur activité. Ils et elles se retrouvent ainsi fréquemment seul·es à représenter leur discipline au sein des conseils d'actionnaires. C'est également dans cette catégorie que la présence de femmes parmi les médecins actionnaires est la plus fréquemment évoquée, contrastant avec l'absence presque totale de figures féminines dans les récits concernant les chirurgiens et anesthésistes.

Ces médecins partagent avec les anesthésistes une implication directe dans la performance de la clinique. Mais à la différence de ces dernier·es, ils ou elles disposent souvent d'une autonomie relative à l'établissement. Leur position se situe ainsi dans un entre-deux : ni tout à fait dans une logique « tout pour le cabinet » (comme les chirurgien·nes), ni entièrement soumis à la structure clinique (comme les anesthésistes). Cette situation intermédiaire se traduit par la coexistence, dans un même bâtiment, de la clinique et d'une unité autonome de biologie ou de radiologie appartenant au médecin investisseur ou à ses proches. Comme l'explique Omar.[47], anesthésiste et directeur d'une clinique sur la route de Gremda, ce modèle repose sur une interprétation souple de la réglementation :

> ***Omar :*** *Par exemple, on a le docteur Abir Z., il est affilié à la clinique, mais quand même, le laboratoire est au centre, en ce moment il peut faire des analyses même dehors.*
>
> ***Théo M. :*** *En dehors c'est-à-dire ?*

[47] Entretien n° 57 avec Omar le 17 mai 2022 à Sfax.

> ***Omar :*** *Il y a deux types de laboratoire, en fait on utilise deux types de statut de laboratoire. Soit un laboratoire affilié à la clinique, dans ce cas elle doit fermer la porte extérieure, elle doit avoir uniquement une porte intérieure, dans ce cas elle sera affiliée à la clinique. Le cas de notre labo par exemple, c'est un laboratoire de libre pratique, ouvert au public, mais elle a une convention de travail énorme avec la clinique.*
>
> ***Théo M. :*** *Bon de toute façon j'imagine que oui, le fait est qu'il travaille principalement avec vous ?*
>
> ***Omar :*** *Principalement oui. Il fait 80 à 90 % de son chiffre d'affaires avec nous.*

Officiellement, l'activité extraclinique des laboratoires est encadrée par la loi, qui impose en théorie une séparation stricte avec l'établissement clinique. En pratique, les laboratoires fonctionnent selon deux régimes juridiques. Le second modèle décrit par Omar., toléré par les autorités, permet aux médecins radiologues ou biologistes de capter une patientèle extérieure tout en bénéficiant de l'exclusivité de l'activité de la clinique. Ce double positionnement permet une relative autonomie économique et symbolique. D'une part, ces médecins disposent d'un outil de travail à leur nom, visible depuis la rue, qui leur confère une reconnaissance propre, y compris dans le champ médical. D'autre part, leur présence dans les projets de cliniques les inscrit pleinement dans les dynamiques d'investissement et de gouvernance du capitalisme médical. Cette configuration hybride leur permet d'articuler leurs intérêts personnels et collectifs, tout en renforçant leur capital médical, fondé ici sur l'expertise technique et leur capital social, plus que sur leur capacité à financer l'activité médicale privée.

Une configuration singulière illustre cette tendance : celle de Hedi[48], pharmacien biologiste ayant racheté une clinique sur la route de Gremda en coactionnariat majoritaire avec ses enfants, et avec la participation minoritaire de médecins chirurgien·nes. Il cumule les fonctions d'actionnaire majoritaire, de gestionnaire et de responsable médical du laboratoire attenant. Ce cas rare révèle une possibilité alternative d'accumulation et de contrôle dans le champ médical capitaliste sfaxien, hors du monopole habituel des médecins spécialistes.

Ces positions reflètent une configuration dans laquelle la détention d'un capital médical autonome (c'est-à-dire la combinaison de compétences techniques certifiées, d'une reconnaissance professionnelle, et d'une capacité d'investissement) permet aux médecins biologistes et radiologues d'accéder à une reconnaissance dans le champ médical capitaliste sfaxien. Cette reconnaissance reste toutefois partielle : bien qu'indispensables au fonctionnement quotidien des cliniques, ces médecins demeurent en

[48] Entretien n° 22 avec Hedi le 24 mai 2021 à Sfax.

marge des sphères décisionnelles dominées par les spécialistes en chirurgie et anesthésie. Leur capital médical, bien qu'important et stable, est moins convertible en pouvoir décisionnaire dans la structuration des projets collectifs.

Les médecins dirigeant·es actionnaires

Certain·es médecins actionnaires occupent également la fonction de directeur ou directrice générale de leur clinique, cumulant ainsi responsabilités financières et responsabilités opérationnelles. C'est le cas de Omar. et de Hedi, déjà évoqués. Leur position dépasse celle des actionnaires classiques : ils ne se contentent pas de financer et de contrôler un outil de travail, mais en assurent aussi la gestion quotidienne. Si les directions sont officiellement désignées par vote au sein du conseil d'administration (voir Figure 36 ci-dessus), le contrôle majoritaire détenu par un·e actionnaire facilite largement son accès à la direction exécutive. Contrairement à d'autres actionnaires pour qui la priorité reste l'activité de soin ou l'accès aux équipements, les médecins-dirigeant·es doivent également coordonner l'ensemble des fonctions de gestion : organisation des équipes, relations contractuelles, logistique, sous-traitance et conformité réglementaire. Bien que ceux présentés ici soient issus du corps médical, ces fonctions les éloignent souvent des pratiques de soin au quotidien, tout en les plaçant au centre des décisions stratégiques.

Le parcours de Omar. illustre cette double casquette. Formé à l'anesthésie en France, puis revenu en Tunisie après cinq ans, il exerce quelques années dans un hôpital public avant de devenir salarié dans une clinique privée. Il y acquiert une expérience de terrain qui l'amène à prendre des parts minoritaires dans cette structure, avant de s'en retirer en raison de désaccords avec l'actionnaire majoritaire. Cette rupture le conduit, avec deux confrères anesthésistes, à fonder une nouvelle clinique. Dès la conception du projet, le trio décide de nommer l'un d'entre eux directeur général afin d'assurer un pilotage cohérent et de garder le contrôle sur les décisions. Cette orientation s'inspire paradoxalement du mode de fonctionnement de la structure précédente qu'ils dénonçaient, fondé sur la cooptation des membres issus d'un milieu proche et partageant une vision similaire de la pratique de la médecine capitaliste. Leur vision sera néanmoins celle d'anesthésistes, et non de chirurgien·nes, ce qui se perçoit dans leur manière de mettre en avant leur clinique comme un produit et non un simple outil de travail.

Dans son récit, Omar. revendique une gestion participative avec les équipes médicales, tout en reconnaissant que sa position de médecin-dirigeant facilite la rentabilité de l'établissement. Il insiste sur la capacité de cette configuration à concilier contraintes économiques et exigences médicales. Bien que ce type de profil soit encore minoritaire à Sfax, il tend à se développer, notamment dans les établissements construits après les années 2010. Il incarne un retour du pouvoir médical sur la direction des cliniques, après une phase d'expérimentation d'une gestion plus « professionnalisée », que je détaille dans la section suivante. Ce glissement stratégique traduit une

reconfiguration du capital médical et de sa manière de le mobiliser : il ne s'agit plus seulement d'un capital clinique ou symbolique lié à l'exercice, mais d'un capital qui permet de structurer durablement l'offre privée. Il expose ainsi une double dynamique : le recentrage de l'autorité sur les médecins, et le renforcement de leur rôle d'intermédiaires entre les exigences de soin, les exigences marchandes et la gouvernance des établissements.

Les médecins pluriactionnaires

Tout·es les médecins ne deviennent pas nécessairement actionnaires majoritaires ni dirigeant·es de cliniques, car un tel positionnement exige à la fois des ressources financières importantes et une cooptation dans des cercles professionnels restreints. Pourtant, l'accès aux plateaux techniques demeure indispensable pour la plupart des spécialistes. C'est notamment le cas des médecins plus jeunes, qui ne disposent pas encore des capitaux nécessaires pour s'engager dans un projet collectif de création ou de rachat de clinique. Contrairement à l'hôpital public, où les médecins sont affecté·es à un service, celles et ceux qui exercent en libéral peuvent pratiquer dans tout établissement privé qui leur donne accès aux infrastructures, sous réserve d'acceptation par la direction. Les cliniques représentent ainsi un double enjeu : elles sont à la fois des instruments de production et d'accumulation (pour les médecins qui en sont copropriétaires) et des prestataires d'infrastructures (pour celles et ceux qui y louent l'accès). Cette dualité crée des formes d'inégalité d'accès, notamment pour les spécialités en forte demande comme la chirurgie obstétrique ou cardiaque. Lorsqu'un plateau technique est sollicité par plusieurs praticien·nes, les directions ont tendance à privilégier les actionnaires, renforçant ainsi le statut de l'actionnariat comme « ticket d'accès » privilégié.

Plusieurs médecins rencontré·es ont décrit une stratégie consistant à acquérir une ou plusieurs petites parts dans différentes cliniques afin de sécuriser leur droit d'usage. C'est le cas de Ahmed[49], angiologue en exercice libéral depuis 1990 à Sfax, qui a multiplié les participations symboliques dans plusieurs établissements :

> ***Théo M.*** *: Comment vous avez choisi la clinique dans laquelle vous placez vos investissements ?*
>
> ***Ahmed*** *: C'est-à-dire, quand je travaille avec une clinique, bon c'était que [clinique de la route de Gremda] à l'époque. Au début j'étais actionnaire d'aucune clinique. Mais avec la seconde clinique, c'est parce que ce sont des médecins avec qui je travaille régulièrement. Et ils m'ont dit « il faut participer, même de manière symbolique pour que,*

[49] Entretien n° 32 avec Ahmed le 4 avril 2022 à Sfax

lorsqu'on a un malade, on vous appelle, car vous êtes actionnaire ». Ça vous donne une légitimité.

Théo M. *: Du coup vous avez aussi investi à [clinique de la route de Tunis] ?*

Ahmed *: [clinique de la route de Tunis], [Clinique de la route d'El Aïn] et [clinique de la route de Gremda] en fait. La première, j'ai très peu d'actions, j'ai participé pour des clopinettes, 10 000 dinars, c'est vraiment pas grand-chose. Pour avoir des actions et pouvoir travailler là-bas, oui.*

Théo M. *: Et vous avez perçu des dividendes ?*

Ahmed *: Il y a en principe les dividendes, mais les dividendes… il n'y a pas de dividende réellement. Une fois, à [clinique de la route de Gremda], on m'a distribué 1400 dinars. Et une fois à [clinique de la route de Tunis], on m'a distribué 500 ou 600 dinars. Mais il ne faut pas s'attendre à un grand intérêt… C'est surtout un outil de travail. C'est ça, c'est ce que j'essaye de vous faire comprendre. Ça me garantit une infrastructure pour travailler.*

Le récit de Ahmed souligne que la logique d'investissement n'est pas financière,[50] mais stratégique. Elle répond à des contraintes d'accès au plateau technique. Bien qu'il ait déjà été lié à une clinique, l'insuffisance des créneaux disponibles l'a conduit à diversifier ses participations. Cet investissement minimal offre une garantie d'accès, sans toutefois lui conférer un rôle décisionnaire. Ce fonctionnement se décline avec des variations : certain·es médecins, comme Anouar K[51]., urologue, n'ont pas du tout investi, mais revendiquent néanmoins un accès facile aux blocs opératoires, en raison, notamment, d'un besoin plus réduit que certaines disciplines de l'accès au bloc. Il mentionne cependant des épisodes où des actionnaires se sont ajoutés à la dernière minute, décalant son propre emploi du temps. Ces récits montrent bien comment le capitalisme médical, pour le cas des cliniques, ne se construit pas directement sur la recherche de profit au travers des dividendes.

Ce mode d'investissement pluriel montre également une hiérarchie implicite entre les médecins pleinement intégré·es au capital des établissements et celles et ceux qui n'y détiennent qu'une part marginale, voire aucune. Le pluriactionnariat permet

[50] Il faut néanmoins souligner ici que le « ticket d'accès » alors demandé (dans les années 2000) se situe à 10 000 dinars tunisiens, soit environ 3000 euros. Il s'agit d'un capital important qui est investi par une entreprise unipersonnelle et qui conduira tôt ou tard à être reversé sous forme de dividendes, même faibles, comme en témoigne Ahmed Le terme de « clopinettes » employé ici doit tout de même être replacé dans le contexte d'une capacité d'investissement déjà importante pour une seule personne.

[51] Entretien n° 40 avec Mohamed le 26 avril 2022 à Sfax.

ainsi, sinon d'exercer un pouvoir, du moins d'accéder aux ressources nécessaires à l'activité libérale. Ce type de stratégie reflète une forme de capitalisme médical « de fait », où l'investissement devient une contrainte professionnelle plus qu'un choix entrepreneurial motivé. Il convient dès lors de distinguer les investissements structurants, visant le contrôle et l'organisation de l'offre, des participations minimales, motivées par des enjeux d'accès au marché du soin à Sfax. Ces deux formes dessinent des modalités distinctes d'appropriation du capital médical au sein des cliniques sfaxiennes.

Les médecins en Activités privées complémentaires (APC)

Contrairement aux autres profils évoqués jusqu'ici, qui exercent exclusivement dans le secteur privé, les médecins bénéficiant de l'Activité privée complémentaire (APC) occupent une position spécifique à l'intersection entre la fonction publique hospitalière et le capitalisme médical. L'APC est le fruit de longues années de négociations entre les syndicats de médecins et l'État tunisien, visant à préserver la possibilité pour certain·es praticien·nes de l'hôpital public d'exercer une activité rémunérée en dehors du cadre strictement public. Le décret 2007-120 du 25 janvier 2007, toujours en vigueur, autorise les médecins agrégé·es (les titulaires du plus haut grade de la fonction publique hospitalière en Tunisie) à effectuer jusqu'à deux demi-journées d'activité dans un établissement privé par semaine, en leur nom propre et contre rémunération directe des patient·es. À l'origine, cette disposition visait surtout les consultations en cabinet, parfois tenues dans l'enceinte même des hôpitaux. Mais certain·es médecins ont investi ce cadre permis par la loi pour développer une activité actionnariale. C'est le cas de Ali[52], chirurgien en poste au CHU Habib Bourguiba de Sfax, qui a pris part au capital d'une clinique récemment fondée. Inspiré par des pratiques observées lors d'un stage en France, il explique sa démarche par le souhait de maintenir un fort niveau d'activité opératoire, rendu possible par son travail au CHU, tout en se dotant d'un outil de travail autonome dans un secteur privé jugé plus flexible et mieux doté matériellement.

Les médecins en APC se trouvent donc dans une configuration hybride. Cette catégorie bénéficie de la reconnaissance, de l'encadrement institutionnel et de la très nombreuse et diverse patientèle du secteur public, tout en s'insérant dans le champ du capitalisme médical. Cette double appartenance leur confère un statut singulier. S'ils et elles sont peu nombreu·ses à être actionnaires à Sfax, leur position leur permet de naviguer entre plusieurs logiques : répondre à l'appel du capitalisme médical tout en conservant la légitimité académique et la densité opératoire propres aux hôpitaux universitaires.

Les médecins qui exercent grâce à l'APC occupent une position particulièrement convoitée au sein du capitalisme médical sfaxien. Leur trajectoire illustre l'articulation entre trois sphères : l'État, garant de leur statut et de leur formation ; le

[52] Entretien n° 24 avec Ali le 8 juin 2021 à Sfax.

capitalisme médical, en tant que mode d'organisation productif fondé sur la concentration du capital et l'orientation vers la rentabilité ; et enfin le marché, entendu ici comme espace d'échange monétisé et concurrentiel, où s'affrontent diverses offres de soins. Ces praticien·nes incarnent de fait l'une des formes les plus exemplaires de la reconfiguration néolibérale du système de santé tunisien, combinant légitimité du secteur public, autonomie entrepreneuriale et insertion dans les logiques de marché.

2 – Clinique ou officine : dilemme de l'actionnariat pharmacien et biologiste

L'espace central du champ médical capitaliste sfaxien ne se limite pas aux seuls médecins spécialistes. Il est également occupé par d'autres professionnel·les du soin disposant d'un droit de prescription ou de réalisation d'actes médicaux : les pharmacien·nes d'officine, les pharmacien·nes du secteur industriel et les médecins biologistes. Ces trois catégories, bien que distinguées par leurs statuts et leurs ancrages institutionnels, partagent une position intermédiaire au centre du champ. En effet, leur activité est directement dépendante de la prescription médicale, ce qui les place dans une situation de relative subordination à l'égard des médecins spécialistes et généralistes. Leur participation à l'actionnariat des cliniques, bien que plus discrète que celle des chirurgien·nes ou des anesthésistes, n'est pas anecdotique. Elle illustre une autre modalité d'engagement dans le capitalisme médical sfaxien, souvent mêlée à des logiques d'ancrage territorial ou à des stratégies de diversification professionnelle. En officine ou en laboratoire, ces praticien·nes occupent une position structurante, bien que moins visible dans les dispositifs de soin. Ce point développe donc la manière dont ces professionnel·les construisent leur rapport au capitalisme médical, entre l'exercice libéral classique et l'intégration au collectif actionnarial des cliniques. Il interroge les tensions spécifiques à leur position : d'une part, la dépendance structurelle à l'ordonnance, d'autre part, la recherche de marges de manœuvre pour asseoir une autonomie professionnelle dans un système fortement polarisé par la figure médicale.

Pharmacien·nes d'officine

La profession pharmaceutique en Tunisie s'est développée parallèlement à la médecine moderne, avec une présence plus ancienne encore : les premières officines ont précédé l'ouverture des cabinets médicaux européens à Tunis (Gaumer et Marzūqī 2006). Les pharmacien·nes constituent donc une catégorie professionnelle historiquement établie dans le champ du soin libéral. Leur exercice est toutefois soumis à un encadrement institutionnel plus rigide que celui des médecins, notamment en ce qui concerne la répartition territoriale, le nombre d'établissements autorisés et les champs de compétence. Leur position dans le champ médical capitaliste sfaxien dépend avant tout de leur ancrage local et de leur proximité aux institutions du soin privé. En 2019, le gouvernorat de Sfax comptait 219 officines, contre 1206 cabinets de médecins en libre pratique (Annuaire statistique de la Tunisie, 2020). Les pharmacien·nes sont donc moins

nombreux·ses, mais leur exercice repose fréquemment sur la gestion d'un établissement et l'encadrement de salarié·es, ce qui les inscrit pleinement dans les logiques de production et d'accumulation du capitalisme médical.

C'est le cas de Ridha A.[53], installé depuis une vingtaine d'années sur la route de Gremda. Son officine, récemment relocalisée face à une clinique nouvellement construite, bénéficie de cette proximité pour capter une partie de la patientèle en sortie de soins. Comme beaucoup d'autres professionnel·les du soin, Ridha a effectué une partie de sa formation en France, avant de revenir en Tunisie comme pharmacien hospitalier, puis d'obtenir une licence d'exploitation lui permettant d'ouvrir sa propre officine. À la différence des médecins, l'installation d'un·e pharmacien·ne est strictement encadrée par le ministère de la Santé : les licences sont délivrées à vie et réparties selon des critères territoriaux. De plus, les prix de vente des médicaments sont réglementés par la Direction de la pharmacie et du médicament (DPM), qui encadre aussi l'importation et la production nationale.

Dans le cas de Mohamed, l'installation précède celle de la clinique. Il n'est pas actionnaire, mais tire parti de sa localisation pour renforcer l'attractivité de son établissement. À l'inverse, d'autres pharmacien·nes ont intégré des projets cliniques en tant que coactionnaires. Ce type de montage, bien que juridiquement ambigu, tend à se multiplier. En effet, au même titre que les laboratoires d'analyses, la législation impose que l'officine reste indépendante, dirigée exclusivement par un·e pharmacien·ne. Toutefois, dans la pratique, certaines cliniques s'associent à des pharmacies dirigées par des pharmacien·nes dans leur projet, dont le modèle économique repose largement sur l'activité générée par les prescriptions internes à la clinique. Ces configurations témoignent d'un élargissement de l'espace central du capitalisme médical sfaxien, dans lequel les pharmacien·nes trouvent une place légitime. Leur participation à l'actionnariat renforce leur intégration dans les dynamiques médico-économiques locales, bien qu'ils et elles restent subordonnée·es à la fois à la prescription médicale, mais aussi aux réseaux de cooptations qui permettent d'être sollicité pour faire partie d'un projet de clinique nouvelle.

Pharmacien·nes de l'industrie

En dehors des officines, une autre voie d'accès au capitalisme médical s'offre aux pharmacien·nes : celle de l'investissement industriel. Si cette figure reste absente à Sfax, elle émerge plus nettement à Tunis. C'est le cas de Salah.[54], dirigeant d'un groupe pharmaceutique national, qui a investi dans une clinique privée en partenariat avec un collectif de médecins. Pour lui, la clinique représente à la fois un débouché pour sa production pharmaceutique, une vitrine pour promouvoir ses activités, et un levier d'inscription dans le secteur des soins. Cette trajectoire, bien que marginale, montre

[53] Entretien n° 34 avec Mohamed le 12 novembre 2018 à Sfax.
[54] Entretien n° 16 avec Salah le 24 avril 2019 à Tunis.

comment certains industriels du médicament perçoivent dans la santé un champ d'opportunité, associant recherche de profit, diversification économique et visibilité institutionnelle. Elle illustre aussi la porosité croissante entre champ médical et champ économique, dans une configuration où la finalité marchande s'articule avec des logiques de légitimation sanitaire. L'entrée par l'industrie pharmaceutique est l'un de ces ponts qui permettent de relier ces deux champs.

À Sfax, en l'absence d'industrie pharmaceutique structurée à grande échelle, c'est plutôt par l'intermédiaire de groupements de laboratoires que s'opère cette imbrication. Le cas de Hedi[55] en constitue un bon exemple. Responsable d'un ensemble de laboratoires médicaux, il a été sollicité par un collectif de médecins pour co-investir dans une polyclinique en difficulté, fondée dans les années 1990. Devenu actionnaire majoritaire, il a rapidement accédé à la fonction de directeur général. Cette prise de position, à la fois financière et gestionnaire, le place au centre du champ médical capitaliste local. Bien que subordonnée, l'économie pharmaceutique sfaxienne peut être analysée comme une logique d'extension horizontale de l'espace central du champ : à travers l'intégration d'agents issus de la périphérie du soin, le capitalisme médical sfaxien s'élargit et se diversifie. Sans rompre avec les configurations précédentes, cette dynamique témoigne de l'ouverture du champ à de nouveaux profils entrepreneuriaux, par ailleurs habitués à la gestion d'entreprise comprenant des salarié·es. Leur légitimité, si elle se fonde sur un capital médical moins valorisé, est donc tirée à la fois des capitaux économiques et de leur compétence particulière, nécessaire, dans la structuration contemporaine du champ médical capitaliste.

Médecin, pharmacien·nes biologistes et radiologues

Outre les officines pharmaceutiques, les laboratoires d'analyses biologiques et d'imagerie médicale constituent une modalité d'intégration singulière au sein du capitalisme médical sfaxien. Dirigées par des médecins biologistes ou des pharmacien·nes, ces structures autonomes participent pleinement à la production de soins, tout en conservant un fonctionnement indépendant des cliniques. Leur activité repose essentiellement sur la prescription médicale, et s'inscrit dans une logique de proximité avec les cabinets, avec lesquels elles entretiennent des relations d'interdépendance stabilisées.

En 2020, on dénombrait 113 laboratoires d'analyses ou d'imagerie à Sfax (INS, rapport annuel sur les indicateurs d'infrastructure de 2020), majoritairement de petite taille, dirigés comme des entreprises par un·e professionnel·le du soin et une équipe salariée restreinte. Ces entités occupent ainsi une position intermédiaire dans le champ : ni totalement périphériques, ni pleinement intégrées à l'actionnariat clinique, elles s'appuient sur une légitimité fondée sur l'expertise technique et la proximité avec les prescripteurs.

[55] Entretien n° 22 avec Hedi le 24 mai 2021 à Sfax.

L'expérience de Adem[56], pharmacien biologiste installé depuis 2001, en témoigne. Il est le fils d'une famille de pharmaciens depuis 3 générations et a grandi à Sfax. Il a fait ses études de pharmacie à la faculté de Monastir comme son frère et sa sœur et, contrairement à nombre de ses homologues, est resté en Tunisie pour y exercer sa discipline. Il m'explique que, dans les années 1990, la spécialité biologique était encore marginale dans ces études qui ne prédestinaient qu'à deux vocations : la pharmacie officinale et la pharmacie industrielle. La biologie n'est d'ailleurs pas encadrée par des licences en nombre limité comme pour le cas des pharmacies. Pour lui, c'était un choix alors plus intéressant de commencer à travailler pour son propre compte, plutôt que d'attendre la transmission de la licence par son père ou la libération d'une licence dans la région de Sfax. Adem a ouvert son laboratoire en 2001 immédiatement après l'obtention de son diplôme, et a même pu bénéficier d'un avantage financier : le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens de Tunisie (CNOPT) se portait alors garant pour le financement du crédit nécessaire à l'installation. Sa position dans le champ médical, bien qu'étant une entité autonome, relève d'une certaine centralité, en dialogue direct avec les médecins. Même s'il insiste pour me rappeler que les médecins ne sont pas censé·es orienter les patient·es vers des structures spécifiques pour leurs analyses, il me confie entretenir de très bons rapports avec de nombreux·euses médecins, dans son voisinage immédiat, et même jusqu'aux plus hautes instances de l'ordre médical. De son point de vue, il s'agit de rester reconnu comme compétent et de garder une image de proximité entre son laboratoire et les cabinets médicaux :

> ***Théo Maurette :*** *Mais donc vous connaissez bien les médecins autour de vous ?*
>
> ***Adem :*** *Bien sûr ! Même moi je vais chez eux, eux viennent chez moi, on se connaît même en dehors du boulot. On a tissé des liaisons. Mais c'est normal.*
>
> ***Théo Maurette*** *: Et donc ils préfèrent travailler avec vous ?*
>
> ***Adem :*** *Ça je ne sais pas… mais c'est sûr que s'il y a besoin de faire des analyses, bon, la compétence et la proximité ça joue beaucoup… Le médecin aura les analyses plus rapidement, comme je le connais, je peux le voir directement. C'est presque un argument de service pour le patient, en fait !*

Ce témoignage montre bien comment se constitue ici une position relativement centrale dans le champ, en dehors de l'actionnariat clinique. La proximité sociale et professionnelle avec les médecins, couplée à la stabilité de l'installation et à l'autonomie de gestion, constitue ici une modalité alternative d'insertion dans le capitalisme

[56] Entretien n° 59 avec Adem le 18 mai 2022 à Sfax.

médical. Loin d'être marginale, cette configuration repose sur un capital médical reconnu, activé dans un espace où la prescription médicale reste une condition d'accès aux flux économiques du soin. Sa position permet néanmoins de réaffirmer le cabinet médical comme l'épicentre du capitalisme médical sfaxien : sans dépendre d'une clinique, il accède largement à l'espace central du champ tout en bénéficiant d'une marge d'autonomie.

Conclusion de section

Cette première section a permis de caractériser les agents occupant une position centrale dans le champ médical capitaliste sfaxien. Il s'agit principalement des médecins actionnaires, autour desquels s'organise le fonctionnement du couple cabinet-clinique, dispositif structurant qui articule l'indépendance du cabinet libéral à l'accès au plateau technique, via la participation au capital d'une clinique. Ce modèle est la forme contemporaine standard de détention des moyens de production des soins privés, dans laquelle l'accumulation économique repose autant sur l'exercice médical que sur la détention de parts dans les infrastructures productives du soin.

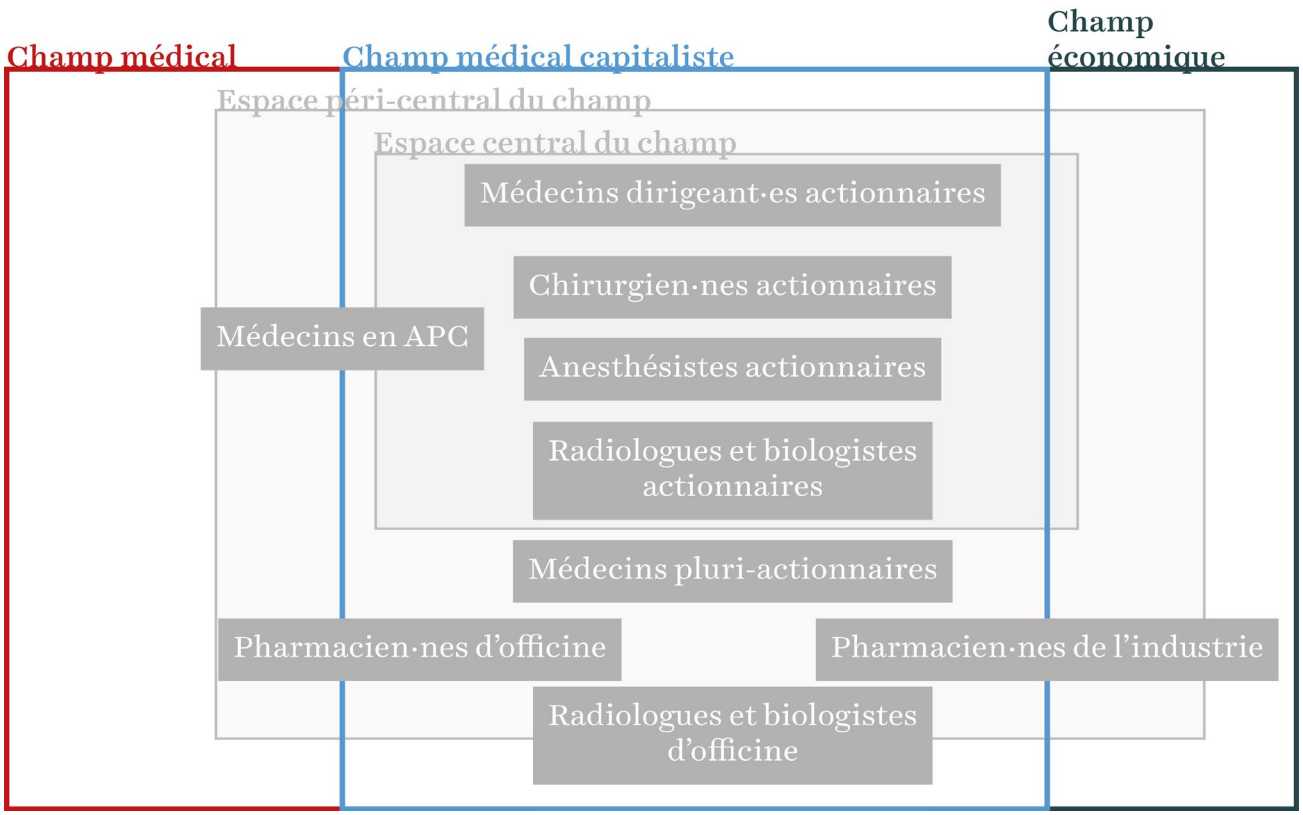


Figure 38 – Schéma des positions centrales dans le champ médical capitaliste sfaxien. Réalisation : Théo Maurette 2025.

Comme le résume la Figure 38 ci-dessus, les autres professionnel·les occupant le centre du champ (pharmacien·nes d'officine, biologistes, radiologues, pharmacien·nes industriels) partagent certaines caractéristiques avec les médecins, sans toutefois jouir du même degré d'autonomie symbolique ou économique. Leur capital médical, bien que

reconnu, reste partiellement subordonné à la prescription, et leur intégration dans le capitalisme médical se fait selon des modalités distinctes des logiques d'accumulation et de rentabilité qui guident l'investissement initial des médecins-actionnaires. C'est notamment le cas des pharmacien·nes d'officine, dont l'actionnariat clinique reste rare, ou des biologistes et radiologues, qui maintiennent souvent une autonomie entrepreneuriale tout en entretenant des liens étroits avec les cabinets de médecine libérale.

Ce centre du champ médical capitaliste, à deux niveaux, repose sur une hétérogénéité de profils, dont la position dépend de la combinaison de différents types de capitaux mobilisables (économique, culturel et social) et de la place occupée dans la filière du soin. À la suite des travaux de Patrice Pinell (2009), le capital médical peut ici être appréhendé comme une forme de capital symbolique, dans laquelle les dimensions économiques (capacité d'investissement, revenus issus de l'actionnariat) se superposent aux dimensions plus traditionnellement valorisées dans la médecine du capital culturel (diplômes et spécialisations médicales) et du capital social (réseaux professionnels, cooptation). Cette configuration permet d'éclairer les modalités spécifiques par lesquelles se recompose la hiérarchie des professions médicales à Sfax, en intégrant les enjeux de valorisation financière aux logiques de reconnaissance professionnelle. Le capital médical ainsi constitué s'inscrit dans une économie du soin où l'investissement économique devient une condition de l'autonomie professionnelle, en particulier pour les profils les plus centraux du champ. À ce titre, le profil des médecins exerçant sous le régime de l'Activité privée complémentaire (APC) illustre d'autant plus ce phénomène qu'il s'insère dans la démonstration concrète de la manière dont s'opère la recomposition néolibérale du champ médical tunisien : appuyé·es sur une légitimité étatique, ces médecins peuvent s'inscrire pleinement dans l'économie de marché, en conjuguant statut public, capital symbolique élevé et participation au capital des cliniques. C'est dans cette articulation entre structures héritées de l'État et dynamiques entrepreneuriales que se manifeste une forme concrète de néolibéralisme.

On observe également une évolution vers l'intégration croissante des fonctions au sein des établissements. Les polycliniques les plus récentes tendent à regrouper imagerie, biologie, chirurgie et hospitalisation dans un même ensemble. Cette rationalisation de la production des soins transforme les rapports entre agents, en dissolvant partiellement la séparation traditionnelle des fonctions médicales. Pour autant, la logique de centralité demeure, avec les chirurgien·nes et anesthésistes en position dominante, en raison de leur accès exclusif à l'acte chirurgical, fortement capitalisable. En somme, la configuration actuelle du capitalisme médical sfaxien ne se limite pas à une opposition entre médecins et autres professionnel·les. Elle révèle plutôt une stratification fine des positions au sein d'un espace structuré par des formes spécifiques d'investissement, d'interdépendance et de mobilisation du capital médical. Cette stratification constitue le socle d'un ordre économique du soin qui se consolide à l'interface des pratiques médicales, des stratégies économiques et des transformations institutionnelles.

B – Soigner et administrer : les agents périphériques du champ

Comme cela a été montré dans la section précédente, l'organisation du champ médical repose en grande partie sur une hiérarchie structurée autour de la prescription médicale. Cette hiérarchie produit un ordre institutionnel dans lequel les agents non-prescripteurs (aides-soignant·es, infirmier·es, gestionnaires, agents administratifs et commerciaux) occupent des positions subordonnées dans le champ médical capitaliste. Cette seconde catégorie d'agents, que l'on peut qualifier de périphérique, regroupe celles et ceux qui soignent ou administrent sans pour autant détenir de capital médical au sens économique du terme. Principalement salarié·es, ces agents ne participent que rarement au contrôle du capital ou aux décisions stratégiques, ce qui limite leur pouvoir au sein des structures de soin. Leur action s'inscrit toutefois dans une organisation collective, à travers des fonctions professionnelles reconnues et encadrées (notamment par l'État), qui leur confèrent une légitimité spécifique dans le champ. C'est notamment le cas des personnels infirmiers et aides-soignants, dont le rôle est central dans le soin quotidien, mais aussi des personnels administratifs, garants du fonctionnement ordinaire des cliniques.

Enfin, cette configuration comprend également une catégorie plus récente et spécifique au développement du capitalisme médical : celle des agents commerciaux du soin, chargés du recrutement des patient·es. Bien qu'exerçant en dehors du soin direct, ces intermédiaires interviennent dans un espace de légitimité professionnelle différent des soignant·es salarié·es, tout en contribuant à faire fonctionner les cliniques comme des entreprises insérées dans un marché concurrentiel.

1 – Au cœur de la machine : aides-soignant·es et infirmier·es salarié·es

À la base de la hiérarchie des soins dans la médecine moderne occidentale se trouvent les personnels infirmiers et aides-soignants, qui représentent la majorité de la masse salariale des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés. Dans les cliniques privées, leur nombre est strictement encadré par la réglementation, qui impose un ratio minimum de « personnel paramédical » par lit selon les spécialités (0,6 pour les services de chirurgie et d'obstétrique, 1,5 pour les soins intensifs et l'anesthésie-réanimation, et au moins 10 personnes pour assurer un service d'urgence)[57]. Une grande clinique de plus de 100 lits emploiera donc souvent plus d'une centaine de salarié·es du paramédical. Malgré leur position subordonnée dans l'organisation du soin, ces agents bénéficient d'une reconnaissance symbolique. Leur rôle est central dans la production

[57] Fixé par le décret n° 2010-2200 du 6 septembre 2010.

quotidienne de soins et de la perception de leur qualité, comme le rappelle Sami.[58], médecin actionnaire d'une clinique tunisoise :

> ***Sami :*** *Ceux qui font mon CV public, en fait, c'est les patients, mais le personnel médical aussi. Le personnel médical, c'est très important parce que pour un chirurgien, c'est une personne du bloc qui doit opérer. Ils savent. La qualité du chirurgien, ils savent. Donc, c'est eux qui parlent. Donc, c'est eux qui font la réputation du médecin anesthésiste, le personnel du bloc. Et en plus, après, comment tu traites le personnel ? […] Donc, après, c'est eux qui me font de la pub directement. C'est vrai que le personnel médical, c'est… Infirmier, aide-soignant, tout. C'est eux qui font la réputation.*

Si cette reconnaissance symbolique est affirmée, elle ne se traduit que partiellement dans les conditions salariales. Le revenu de cette catégorie de personnel reste bien inférieur à celui des médecins, et le secteur public hospitalier, mieux doté en termes de sécurité de l'emploi et de perspectives de carrière, demeure plus attractif que le privé. Comme l'explique Chérif S.[59], actionnaire d'une clinique privée à Sfax, la concurrence avec les hôpitaux publics pour retenir le personnel s'est intensifiée durant la crise sanitaire liée à la COVID-19 :

> ***Oussema*** *: C'est-à-dire nous du point de vue de qualité de soin, maintenant on est au creux de la vague. Pourquoi ? Parce que voilà il y a un hôpital qui est en train de… qui est ouvert pour le COVID, il a recruté les infirmiers, tous les infirmiers d'un seul coup. Il y a 24 infirmiers, qui sont anciens, qui sont sortis ! Donc les habitudes de formation, etc. vont partir là-bas… parce que moi la formation je fais de la formation continue ici surtout des infirmiers de la réa.*
>
> ***Théo M.*** *: Quand vous dites 24 c'est uniquement de votre clinique qui sont partis à l'hôpital public ?*
>
> ***Oussema*** *: Oui, mais c'est la même chose dans les autres cliniques. Ils sont attirés par le salaire, ils ont préféré, ils ont préféré le public, et dans le public bon avec un salaire qui n'est pas loin de notre salaire, mais avec beaucoup moins de travail… beaucoup beaucoup moins de travail… le salaire ici, il y a une différence pas énorme, mais beaucoup moins de travail…*

Cette différence illustre la dépendance structurelle de ces agents à l'État plus qu'au marché : c'est l'administration publique qui fixe les référentiels de rémunération

[58] Entretien n° 19 avec Sami le 18 avril 2019 à Tunis.
[59] Entretien n° 25 avec Oussema le 18 juin 2021 à Sfax.

et de carrière. Le parcours de Ridha[60], infirmier en chef retraité, en témoigne. Diplômé en 1980, il a travaillé 15 ans dans l'hôpital public avant de rejoindre le secteur privé, en accompagnant plusieurs ouvertures de cliniques dans les années 1990. Son expertise était recherchée pour la mise en place des équipements et l'encadrement initial des équipes, qui lui a permis de négocier des conditions de rémunération plus avantageuses que dans le public. Toutefois, malgré sa reconnaissance professionnelle, il n'a jamais été invité à intégrer un collectif actionnarial ou à assumer un poste de direction. Pour lui, les médecins dirigent tout dans le secteur privé et ne délèguent que des compétences précises et circonscrites. Aucun des agents rencontrés à Sfax issus de cette catégorie n'a évoqué une participation à la propriété du capital, bien que rien dans la législation ne s'y oppose. Cette exclusion tient à la fois à la structuration hiérarchique du champ, qui subordonne les personnels soignants non-prescripteurs aux médecins, et à l'absence d'intérêt économique : sans cabinet personnel ni facturation à l'acte, et face à des dividendes souvent peu attractifs, les soignant·es salarié·es n'ont ni incitation ni accès pratique à l'investissement dans le capitalisme médical local.

2 – Gérer et administrer une entreprise médicale

Dans les cliniques privées sfaxiennes, les fonctions de direction sont rarement assurées par les médecins elles et eux-mêmes. Bien que certains conseils actionnariaux confient les postes les plus élevés à leurs pairs, la délégation des compétences managériales constitue la norme depuis les années 1990. Cette délégation repose sur une double logique : d'une part, l'externalisation de la gestion à des profils disposant d'une formation *ad hoc* et d'autre part, la professionnalisation progressive des fonctions de direction à mesure que le secteur privé s'est structuré.

Les agents occupant ces fonctions de direction peuvent être regroupés en deux sous-catégories. La première correspond aux gestionnaires non-actionnaires, souvent issus d'un parcours ancien dans l'administration de cliniques, dont le rôle est central dans le fonctionnement quotidien des établissements. La seconde concerne les responsables des directions opérationnelles (commerciales, financières, marketing), généralement plus jeunes, souvent formés à l'étranger, et chargés de piloter l'expansion stratégique des établissements, en particulier vers des marchés internationaux. Cette structuration distingue clairement la gestion du capital médical, monopole des médecins, de la gestion du capital économique, de plus en plus confiée à des profils spécialisés, bien que largement subordonnés dans le champ médical capitaliste.

[60] Entretien n° 46 avec Ridha le 30 avril 2022 à Sfax.

Dirigeant·es non-actionnaires

La direction d'une clinique exige des compétences spécifiques, à la croisée des savoirs médicaux et des pratiques managériales. À Sfax, les postes de responsabilité sont le plus souvent occupés par des gestionnaires issus de formations en management, disposant d'une expérience dans l'administration d'établissements de soins. Cette figure de gestionnaire non-actionnaire, parfois issue d'un parcours long et progressif au sein du secteur, constitue une position centrale de l'organisation quotidienne du capitalisme médical, bien que toujours subordonnée aux actionnaires.

Le cas de Salah[61] illustre ces trajectoires ascendantes typiques. Entré comme agent administratif dans l'une des plus anciennes cliniques sfaxiennes au début des années 1980, il gravit progressivement les échelons jusqu'à occuper le poste de directeur administratif dans les années 2000. Son expertise repose sur une expérience de terrain de plus de trente ans, au cours de laquelle il a contribué à l'ouverture et à l'exploitation de plusieurs établissements. Lorsqu'une nouvelle clinique fut lancée à Sfax par un groupe d'actionnaires déjà engagé dans d'autres projets médicaux, ce sont ses compétences acquises sur le terrain qui furent sollicitées pour assurer la viabilité économique et organisationnelle de l'établissement. Cette trajectoire met en lumière les difficultés structurelles du secteur à recruter du personnel spécifiquement formé aux exigences de la gestion des cliniques. Comme l'explique Salah, dans les années 1980, alors que les premières cliniques privées sfaxiennes se développaient, ce sont souvent des profils issus de l'hôtellerie qui ont été mobilisés pour assurer leur direction. Ce lien entre gestion hospitalière et pratiques hôtelières révèle un glissement significatif du soin vers la logique de service marchand :

> ***Salah** : L'[ancienne clinique sfaxienne], quand ça a été géré par la banque, c'était des banquiers qui géraient. Ça faisait la gestion. Mais ils ont préféré qu'une partie soit gérée par les hôteliers. Donc, ça a échappé un peu. On a fait appel, à un moment donné, à des directeurs de l'hôtel pour gérer la clinique.*
>
> ***Théo Maurette :** C'est eux qui sont venus diriger la clinique ?*
>
> ***Salah :** C'est ça. Au départ, c'étaient des banquiers. Et après, on a fait, par exemple, je pense que [ancienne clinique concurrente], a aussi fait appel au départ, à un directeur d'hôtel. Et puis, avec le temps, on a formé des jeunes à l'étranger, des gestionnaires.*

Le témoignage souligne l'ancrage progressif du capitalisme médical dans des référentiels gestionnaires de type marchand. Si les premières directions furent assurées par des profils extérieurs au champ médical, une professionnalisation s'est engagée,

[61] Entretien n° 62 avec Salah le 29 juin 2022 à Sfax.

notamment par l'envoi de jeunes cadres à l'étranger (en France notamment) pour y être formés. C'est dans ce cadre qu'émerge une nouvelle génération de directions cliniques, davantage formées, mais toujours relativement subordonnées aux logiques des conseils actionnariaux, qui demeurent les véritables lieux du pouvoir décisionnel.

Directions opérationnelles

Dans les cliniques privées sfaxiennes, les médecins n'occupent pas de fonctions de direction opérationnelle (voir la Figure 36 pour rappel de leur organisation), à l'exception du poste de directeur·ice médical·e, dont les attributions sont strictement encadrées par la loi. Cette fonction est abordée dans la section consacrée aux médecins actionnaires. Pour le reste, les fonctions de direction (notamment commerciale et marketing) sont confiées à des profils spécialisés, souvent formés à l'étranger, et dont les compétences sont orientées vers le développement stratégique des cliniques. Walid.[62], par exemple, est le fils de l'actionnaire majoritaire d'une importante clinique située route de Gremda. Sa trajectoire illustre la spécialisation croissante requise pour encadrer les établissements privés. Après des études de management à Montpellier et plusieurs stages en France, il revient à Sfax pour prendre la direction du service commercial de la clinique familiale. Son cas souligne à la fois la manière dont des compétences gestionnaires sont désormais valorisées dans le champ médical capitaliste tout en s'appuyant sur le capital social et les ressources familiales héritées.

Dans les établissements dirigés par des gestionnaires issus du champ non médical, on observe une moyenne d'âge bien inférieure à celle des médecins actionnaires (autour de 40 ans) et un recrutement souvent précoce. C'est le cas d'Adnene.[63], directeur financier d'une clinique voisine, nommé à son poste à 34 ans après une décennie d'expérience en comptabilité. Ces profils illustrent l'émergence d'une nouvelle génération de cadres intermédiaires, formés aux outils de gestion et à la prospection commerciale. Pour autant, leur position reste périphérique dans le champ médical capitaliste. Ils n'ont ni formation soignante ni légitimité professionnelle au sens médical du terme, et sont perçus comme des agents extérieurs aux logiques propres au soin, il en résulte un capital médical symboliquement faible. Leur principale valorisation vient de leur capacité à optimiser le capital économique. Et leur fonction s'est par ailleurs développée en lien avec la volonté d'ouverture vers de nouveaux marchés, notamment en Afrique subsaharienne ou en Europe, mais leur rôle reste marginal dans la gestion de la rente libyenne, qui continue de structurer les flux principaux sans faire l'objet de stratégie commerciale explicite. Cette dissymétrie entre marché captif et marché à conquérir explique en partie l'ambivalence de leur position : utiles, mais coûteux, légitimes, mais périphériques, les gestionnaires sont parfois considérés par les médecins comme un

[62] Entretien n° 8 avec Walid le 17 novembre 2018 à Sfax.
[63] Entretien n° 1 avec Adnene le 12 novembre 2018 à Sfax.

poste de dépense inutile ou secondaire, comme le déplore Ilyes[64], directeur général (non-médecin) d'une clinique à Tunis :

> ***Ilyes :*** *Généralement, les propriétaires, quand ils sont des médecins, ils ont tendance à faire des consultations, ils ont tendance à négliger la partie administrative. Pour privilégier tout ce qui est médical et tout ce qui rapporte, en fait, de l'argent. Donc, un bureau pour un comptable, un parking ou un espace pour les livraisons, ça ne génère pas de l'argent. Par contre, un bureau de consultation, ça peut générer de l'argent. Donc, c'est… On constate ça, si on fait le tour des cliniques en Tunisie, on constate que l'administration… parfois ils n'ont même pas de bureau du tout pour travailler !*

Ce témoignage met en lumière une tension structurelle : entre la montée en compétence des fonctions gestionnaires, nécessaires à la formalisation d'un marché du soin, et leur marginalisation symbolique dans un champ toujours centré sur la prescription et le capital médical. C'est dans cet entre-deux que se construisent les figures professionnelles subordonnées du capitalisme médical contemporain. Ce rapport de force avec les médecins est l'une des caractéristiques centrales de la manière dont ces agents perçoivent leur propre positionnement dans le champ médical.

3 – Prospecter la patientèle : les intermédiaires légitimes

Dans un contexte de crise structurelle du capitalisme médical sfaxien, marqué notamment par l'incertitude autour de la patientèle libyenne dont le tarissement est régulièrement anticipé par les médecins et analysé par Betty Rouland, Mounir Jarraya et Sébastien Fleuret (2016), les cliniques privées cherchent à diversifier leurs sources de patientèles. Du fait de la faible solvabilité de la patientèle locale, la conquête de nouveaux marchés internationaux est une nécessité perçue par les agents centraux du champ. Ce mouvement repose moins sur une offre technique particulière que sur la capacité à construire une crédibilité symbolique : positionner Sfax comme un territoire médical attractif, visible et légitime. Pour ce faire, les établissements ont progressivement recours à des figures spécifiques : des agents de représentation chargés de prospecter de nouveaux segments de marché, en particulier en Afrique de l'Ouest. Historiquement, ce rôle incombait aux médecins elles et eux-mêmes, qui, dans les années 2000, organisaient des « caravanes médicales », une expression employée par les praticien·nes pour désigner des missions sanitaires menées à plusieurs, souvent teintées d'une ambition associative ou humanitaire. Ces caravanes visaient à promouvoir l'image d'une médecine tunisienne compétente et accessible, tout en sensibilisant les populations locales. Cependant, ces démarches restaient peu efficaces commercialement, en raison d'un rapport de subordination implicite, mal perçu par les patient·es et

[64] Entretien n° 14 avec Ilyes le 30 mars 2019 à Tunis.

professionnel·les locaux tout en ne répondant que partiellement au besoin de visibilité commerciale des cliniques.

Depuis les années 2010, la plupart des cliniques sfaxiennes assument ouvertement leurs ambitions commerciales, portées notamment par une nouvelle génération de gestionnaires. Le recours à des représentantes ou représentants commerciaux extérieurs au champ médical devient une pratique courante. Lors d'un entretien, Omar.[65], actionnaire et directeur général d'une clinique récente à Sfax, explique ainsi leur stratégie de prospection au Burkina Faso :

> ***Omar*** *: Pour nous, environ 5 à 6 % de l'activité vient du Burkina. On a aussi une petite activité avec la Guinée, le Cameroun, le Sénégal, la Côte d'Ivoire. Mais des cas sporadiques, un peu de tout, mais la chirurgie orthopédique surtout.*
>
> ***Théo M.*** *: Alors pourquoi ils viennent ici spécifiquement, et pas à Tunis par exemple ?*
>
> ***Omar*** *: Il y a un problème de coût, on est moins cher ici à Sfax. Tout est moins cher ici à Sfax. Ça dépend aussi de la transmission du bouche-à-oreille. […]*
>
> ***Théo M.*** *: Et donc sur ces transferts vous êtes avec des intermédiaires des fois ?*
>
> ***Omar*** *: Alors non, c'est pas un intermédiaire, c'est un représentant de la clinique au Burkina ! Elle a son statut, elle a son bureau au Burkina. Elle est là-bas, elle est burkinabaise hein ! En fait on a eu la relation quand on a participé à un forum de santé en 2017. On a eu pas mal d'invités africains, on a noué avec elle de belles relations et depuis on collabore ensemble. C'était en mai 2017, on a été dans ce forum de santé, organisé par le TABC. Le Tunisian African Business Council, on a bien profité de cette occasion. Et même les autres patients, par exemple les Sénégalais c'était dans ce cadre. Mais la relation est plus importante avec le Burkina.*
>
> ***Théo M.*** *: Et donc c'est votre représentante, du coup c'est vous qui payez, c'est votre salariée ?*
>
> ***Omar*** *: Non elle est payée à l'acte ! Plus elle a de patients et plus elle est payée. Et ça marche très bien pour elle, hein !*

[65] Entretien n° 57 avec Omar le 17 mai 2022 à Sfax.

Ce mode de rémunération à la performance, détaché du salariat classique, rapproche ces agents des logiques du champ économique. Ils agissent comme des partenaires affichés comme indépendants, en mobilisant leurs propres réseaux pour représenter les établissements à l'étranger. Ce dispositif est peu coûteux pour la clinique, qui ne rémunère l'agent que si des patient·es sont effectivement envoyé·es. La frontière sémantique entre « intermédiaire » et « représentant·es » que Omar. tient à souligner ici par ailleurs, révèle les tensions symboliques qui traversent ces pratiques. Le terme d'intermédiaire renvoie à une logique transactionnelle et externe au soin, souvent disqualifiée dans le champ médical et que j'aborde dans la dernière section de ce chapitre. En revanche, le terme de représentant·es permet de légitimer cette activité en l'inscrivant dans la stratégie de développement des établissements, sans rompre explicitement avec les normes déontologiques du champ médical.

Ainsi, ces agents traduisent également la recomposition du capitalisme médical sfaxien, où la frontière entre soin et commerce accroît sa porosité. Le recours à des agents issus du champ économique élargit les marges de manœuvre des cliniques, tout en révélant les tensions entre les exigences de rentabilité et la légitimité symbolique. Ces transformations contribuent à renforcer une dynamique néolibérale où la mise en marché du soin repose sur l'activation de réseaux relationnels, l'externalisation des coûts, et le décentrement du capital médical qui est ici mit à profit d'un objectif marketing.

Conclusion de section

La catégorie périphérique du champ médical capitaliste rassemble une diversité d'agents qui, sans disposer d'un capital proprement constitué ni de parts dans les structures d'investissement, participent au renforcement de la mise en capital du champ médical. Historiquement arrimés à la logique hospitalière publique, qu'il s'agisse du personnel soignant ou des cadres gestionnaires, ces agents ont progressivement été intégrés aux cliniques privées, dans un processus de spécialisation fonctionnelle et de subordination capitaliste plutôt qu'étatiste.

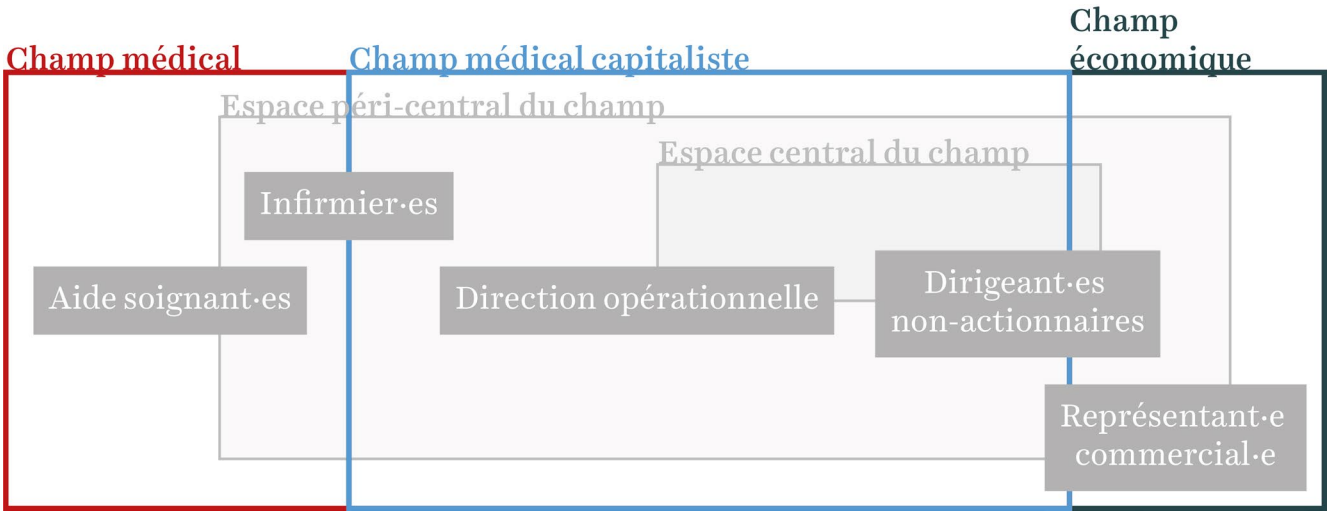


Figure 39 – Schéma des positions périphériques dans le champ médical capitaliste sfaxien. Réalisation : Théo Maurette 2025.

Cette transition ne s'est pas opérée sur le mode d'un transfert pur et simple des compétences publiques vers le privé (voir l'espace des positions dans la Figure 39 ci-dessus). Le cas des gestionnaires issus du secteur hôtelier ou les trajectoires ascendantes comme celles de Salah, montrent que les cliniques ont d'abord dû composer avec un manque de profils formés, avant de construire leur propre filière managériale, souvent adossée à des formations à l'étranger. Ce déplacement a contribué à importer des normes de gestion inspirées de la sphère commerciale, au détriment parfois des logiques strictement médicales. Une analyse ultérieure des produits immobiliers issus de cette imbrication entre la filière hôtelière et celle du soin permettra par ailleurs d'en apprécier les effets sur l'urbain.

L'émergence des agents commerciaux et représentant·es à l'étranger prolonge cette logique en accentuant la subordination des cliniques aux impératifs du marché. En déléguant la prospection de la patientèle à des figures issues du champ économique, les cliniques renforcent leur insertion dans un espace concurrentiel structuré par la performance, la rentabilité et la visibilité. Ces agents, bien qu'exclus de l'espace central du champ médical capitaliste, contribuent à redéfinir ses frontières symboliques. Ils participent de l'inflexion qui alimente la trajectoire néolibérale du capitalisme médical sfaxien : un espace où la reconnaissance symbolique repose autant sur les qualifications médicales que sur la capacité à conquérir et stabiliser des marchés internationaux. En cela, elles font intervenir un agencement nouveau des capitaux mobilisables par les agents pour faire valoir leur reconnaissance au sein du capitalisme médical, et ouvrent la voie à la coopération plus concrète avec des agents issus du champ économique.

C – Financer, bâtir et servir : les agents transversaux du champ

Rendre compte de la dimension capitaliste du champ médical suppose de s'intéresser non seulement aux agents issus de la médecine, mais aussi à ceux qui, venus d'autres champs, participent pleinement à sa structuration. Dans les économies néolibérales, la subordination croissante des champs sociaux au champ économique se manifeste par des processus d'hybridation, d'incursion et de légitimation. Cette section en propose une illustration empirique, en analysant comment des agents issus du champ économique investissent le champ médical capitaliste et en renforcent les logiques de profit et d'accumulation. Cette dynamique ne se résume pas à une reconfiguration interne : les intérêts capitalistes du champ médical convoquent des formes d'expertise et des types d'intervention qui ne relèvent pas historiquement du soin, mais qui sont désormais perçues comme nécessaires, donc légitimes, par les acteurs centraux du champ. Ainsi, à côté des profils de médecins actionnaires et de gestionnaires analysés précédemment, se déploient des agents issus du secteur bancaire, du bâtiment, ou des services aux entreprises. Ce mouvement, du champ économique vers le champ médical, révèle dans le même temps un processus d'élargissement des espaces centraux du champ, où se redéfinit ce qui est considéré comme pertinent, stratégique, ou structurant pour l'activité médicale elle-même.

Cette troisième section s'attache donc à décrire ces figures transversales. Elles relèvent ou dépendent de structures institutionnelles reconnues par les professionnel·les du soin comme des partenaires incontournables. Trois types d'agents sont ici distingués : d'abord les acteurs du financement, qui soutiennent l'investissement et accompagnent la croissance capitalistique du champ ; ensuite, les promoteurs et professionnels du bâtiment, qui se sont adaptés aux exigences spécifiques des cliniques et cabinets privés tout en leur imposant, aussi, leur vision ; enfin, des prestataires de services spécifiques, comme les entreprises d'informatisation ou de gardiennage, qui traduisent l'extension fonctionnelle du champ médical capitaliste vers des domaines historiquement extérieurs à la médecine. L'analyse de ces agents permet de rendre compte, concrètement, de la manière dont les logiques du champ économique imprègnent le champ médical, redéfinissant ses frontières, ses pratiques et ses modes de légitimation.

1 – Financer le capitalisme médical

Dans un contexte où la médecine libérale et les cliniques privées croissent de manière importante sans un soutien financier direct de l'état, l'apport en capital constitue une condition centrale de la reproduction et de l'expansion du champ médical capitaliste. Si les médecins peuvent mobiliser des ressources importantes issues de leur pratique, le recours aux financements extérieurs est une pratique tout à fait ancrée dans le champ pour amorcer des projets médicaux privés, qu'il s'agisse de cliniques ou de cabinets. L'ouverture d'un cabinet ou d'une clinique exige en effet des investissements

potentiellement importants, notamment en raison des coûts liés aux équipements, à l'immobilier et au personnel. Pour les cliniques créées à Sfax après les années 2000, le montant des investissements initiaux varie généralement entre 15 et 30 millions de dinars (entre 4,5 et 9 millions d'euros)[66], des sommes inaccessibles sans soutien financier externe pour des praticien·nes qui se financent uniquement sur leur activité médicale.

Deux types de profils se sont illustrés à Sfax comme étant les principaux moteurs de ce processus. D'un côté, les banques tunisiennes, qui se sont progressivement spécialisées dans le financement du secteur médical, parfois à travers des dispositifs publics comme le FONAPRAM. De l'autre, des investisseurs privés, issus du champ économique, qui mobilisent du capital pour développer ou reprendre des établissements de soins, et en attendent des retours sur investissement de diverses manières. Ces deux figures permettent de rendre compte des formes concrètes de financement du capitalisme médical, mais aussi des tensions et recompositions qu'elles induisent dans l'organisation du champ. En analysant leurs trajectoires, ce point met en lumière la manière dont le capital, qu'il soit bancaire ou spéculatif, façonne les pratiques, mais aussi les visions et les frictions des agents du soin vis-à-vis du marché de la finance.

La « banquière des médecins »

Le financement des cabinets médicaux et des petites structures de soins par les banques tunisiennes précède de plusieurs années l'intensification du capitalisme médical dans les années 1990. Afin d'encourager la création d'entreprises, l'État tunisien a mis en place divers dispositifs d'appui, parmi lesquels le Fonds national de promotion de l'artisanat et des petits métiers (FONAPRAM) joue un rôle structurant pour le champ médical capitaliste. Ce fonds propose des prêts sans intérêt allant jusqu'à 100 000 dinars (environ 30 000 euros), ce qui répond aux besoins financiers lors de l'installation des jeunes médecins en libéral. Le FONAPRAM, garanti par l'État et distribué via les banques, agit ainsi comme un levier d'accès au capital pour les professions libérales médicales. Cette politique hérite de la période de réouverture économique de la Tunisie dans les années 1980, après l'échec des expérimentations socialistes et la recherche de croissance économique tournée vers les petites unités productives.

À Sfax, l'un des visages centraux de cette dynamique est celui de Leïla[67], ancienne directrice d'agence bancaire à Sfax El Jadida, où elle a exercé pendant 18 ans. Elle s'est spécialisée dans l'accompagnement des médecins et a financé, selon ses dires, plus de 300 installations de cabinets dans le centre-ville, qui en compte aujourd'hui plus

[66] Ces chiffres recoupent les montants avancés durant les entretiens et corroborent des données publiques accessibles au sujet des cliniques tunisoises dont le coût par lit est sensiblement similaire.

[67] Entretien n° 56 avec Leïla le 12 mai 2022 à Sfax.

de 700. Lors d'un entretien, elle résume son parcours et son lien aux médecins sfaxien·nes :

> ***Leïla** : Bon, ce n'est pas moi qui ai ouvert l'agence, mais je me suis spécialisée, depuis que j'étais chargée de clientèle professionnelle dans le centre-ville. Je me suis spécialisée avec les médecins.*
>
> ***Théo M.** : C'est venu à ce moment-là ? Comment s'est passé ce rapprochement ?*
>
> ***Leïla** : Alors, on avait un produit que nous avons fait appel aux médecins. Il s'agit du crédit FONAPRAM. Une partie du crédit c'est la banque qui l'octroie aux clients, et l'autre partie c'est sous forme de dotation de l'État. Et cette dotation se rembourse sans intérêt, zéro intérêt.*
>
> ***Théo M. :** C'est donc l'État qui vous fournissait le capital ?*
>
> ***Leïla** : Oui c'est l'État qui offre cette dotation à travers la banque centrale. Et chez nous c'était spécifiquement fléché sur l'ouverture des cabinets. C'est un produit d'appel pour nous, en fait. On pouvait en bénéficier dans d'autres secteurs, bien sûr, mais pour nous c'était une manière de se spécialiser avec les médecins.*
>
> ***Théo M. :** Et sur toute votre carrière, vous en avez fait beaucoup ?*
>
> ***Leïla** : Oui, j'ai fait au moins 300 médecins ! Je les connais presque tous (elle rigole). Vraiment beaucoup de cabinets !*

Cet entretien révèle deux processus complémentaires. Premièrement, le crédit FONAPRAM illustre un mode de financement hybride où le capital étatique irrigue directement un secteur privé lucratif. Il s'agit d'un exemple tangible de l'imbrication des champs économique, médical et politique dans le contexte tunisien, marquant une configuration typique du néolibéralisme. Deuxièmement, l'emploi du terme « produit d'appel » par Leïla souligne la logique d'investissement stratégique du secteur bancaire : en accompagnant les jeunes médecins dès leur installation, les banques espèrent capter une clientèle fidèle, potentiellement porteuse de projets de plus grande envergure, tels que des polycliniques. Ce qu'elle confirmera plus tard dans l'entretien, son agence ayant soutenu le développement de deux projets de polycliniques construites dans les années 2000 à Sfax. En tant qu'actrice du champ économique, Leïla occupe ainsi une position nécessaire et légitime dans la dynamique de développement du capitalisme médical sfaxien. Bien que située hors de l'espace du soin, sa fonction de financement est centrale et pleinement reconnue par les médecins, comme en témoigne l'étendue de son

réseau professionnel dans le secteur médical local. Cette position interroge sur la composition du « capital médical » détenu par ses agents spécialisés dans le financement. Pour d'autres, cela a pris la forme d'un investissement direct dans des projets de cliniques.

Taoufik Tordjmann « l'investisseur tunisois »

Les banques ne sont pas les seules institutions à accompagner le développement du capitalisme médical à Sfax. Des investisseurs privés, extérieurs au champ de la santé, ont également joué un rôle important dans la structuration des infrastructures médicales, notamment à travers la création ou le rachat de cliniques privées. Parmi eux, Taoufik Tordjman, figure emblématique de la finance tunisienne, incarne l'une des premières incursions assumées du capital financier dans la sphère médicale sfaxienne. Ancien directeur de l'Union internationale de banques (UIB), filiale tunisienne du Crédit lyonnais, puis de la Société Générale, il s'est illustré dans les années 1980 par la création de la clinique Taoufik, à Tunis, avant de s'impliquer dans d'autres projets hospitaliers privés, dont un à Sfax. Tordjman est régulièrement cité par les enquêté·es comme un pionnier d'un modèle entrepreneurial dans le champ médical, à une époque où les cliniques privées étaient encore très marginales dans le paysage sanitaire tunisien. Son profil, emblématique de l'ère Ben Ali et des politiques de libéralisation promues à partir des années 1980 (Hibou 2006b), atteste de la pénétration précoce des logiques capitalistes dans le secteur de la santé. Contrairement à la tendance actuelle, où les cliniques sont souvent fondées par des groupes de médecins ayant recours à l'emprunt bancaire, l'intervention d'un acteur comme Tordjman relève d'un pur investissement financier : il mobilise du capital pour créer un établissement dont il délègue ensuite la gestion médicale.

Ce type d'investissement suppose une rationalisation accrue des structures hospitalières, envisagées moins comme des lieux de soins que comme des entreprises générant du profit. C'est d'ailleurs dans cette logique que les premières cliniques sfaxiennes ont eu recours aux compétences hôtelières pour gérer les premières années du développement. Mais ces investissements mutuels avec le milieu des affaires ne sont pas sans risque ni tensions. À Sfax, la faillite de la clinique Zitouna en 2019 illustre la situation qu'a produite ce modèle. Racheté dans les années 2000 par un collectif de médecins en coopération avec un investisseur, l'établissement a connu d'importantes difficultés financières, en raison de l'incapacité du groupe à lever de nouveaux capitaux pour restructurer la dette existante. Selon plusieurs enquêté·es, cette faillite est venue rappeler qu'à Sfax les établissements médicaux privés sont traversés par des logiques de concurrence dans le processus d'accumulation part les cabinets des médecins elles et eux-mêmes. S'il s'agit de construire une relation de confiance avec les partenaires bancaires, mais aussi de mobiliser les compétences managériales et comptables adéquates, les cabinets médicaux restent le principal centre d'intérêt des médecins qui peuvent ainsi délaisser la gestion et compromettre sa viabilité à terme.

Pour d'autres médecins, la coopération entre des agents du champ économique et des médecins est une critique courante, que relaye notamment Fatma[68], médecin libérale exerçant au centre-ville de Sfax, qui voit dans la présence d'investisseurs non médicaux une menace pour l'éthique du soin :

> ***Fatma*** *: Il y en a des personnes, des investisseurs, hors du secteur de la santé, qui ne sont pas dans le domaine de la santé. Ce n'est pas bien. Moi, à mon avis, c'est que la gérance de la société, que ce soit du transport des patients ou de la clinique privée, il faut quelqu'un du domaine de la santé. Il y a des investisseurs, des agents qui, hors de la santé, du secteur de la santé, ils investissent partout. Et ça ce n'est pas bien.*

Mais la financiarisation du secteur ne relève pas uniquement d'une contrainte exogène. Elle induit également des pratiques économiques nouvelles, fondées sur une logique spéculative : considérer la clinique comme un actif financier, générateur de plus-value, dont les parts peuvent être stockées, vendues ou échangées. C'est ce qu'illustre le témoignage de Hedi[69], médecin devenu actionnaire majoritaire de sa propre clinique, après une première expérience dans un établissement où cohabitaient médecins et investisseurs extérieurs à la filière du soin :

> ***Hedi*** *: J'ai d'abord travaillé comme médecin puis j'ai investi. Bon on était tous des médecins. Dans la première société on était tous médecins, mais il y avait un seul qui n'était pas médecin, un investisseur qui voulait mettre de l'argent de côté, et qui pouvait vendre ses actions à tout moment. C'est-à-dire qu'il avait cet argent à côté, disponible, mais il est encore au capital aujourd'hui.*

Ce type de configuration met en lumière une autre modalité du rapport capitalistique à la clinique : elle n'est pas uniquement un outil professionnel ou un lieu d'exercice, mais devient aussi un vecteur d'accumulation financière. La possession et la gestion du capital n'impliquent plus seulement de disposer d'un plateau technique performant, mais aussi de maîtriser les règles de valorisation du capital sur le long terme. Taoufik Tordjman lui-même a cédé ses parts dans les années 2000, après avoir traversé une période de difficultés économiques, au profit d'un collectif de médecins ayant eu recours à l'endettement pour maintenir l'activité, se délestant ainsi d'un actif qui avait perdu de sa profitabilité. Ce passage de relais a permis d'infuser les logiques économiques comme un enjeu central pour les professionnel·les de santé engagé·es dans le capitalisme médical. Il montre que les pratiques financières circulent entre le champ économique et le champ médical.

[68] Entretien n° 48 avec Fatma le 4 mai 2022 à Sfax.
[69] Entretien n° 30 avec Hedi le 28 juin 2021 à Sfax.

2 – Bâtir le champ : la spécialisation de l'architecture et de la promotion immobilière

Agents historiquement extérieurs au soin, les professionnel·les de la construction occupent aujourd'hui une place croissante dans le développement du capitalisme médical à Sfax. Les promoteurs immobiliers et leurs agents de commercialisation ou les architectes spécialisés participent à la production de l'environnement matériel de la médecine capitaliste, qui ne se contentent pas d'accueillir l'activité médicale, mais en conditionnent les formes, les usages et l'image. Leur rôle ne peut être compris qu'en lien avec la transformation des pratiques d'investissement, de valorisation foncière et de distinction symbolique des établissements.

Cette section propose de revenir sur deux figures emblématiques de cette spécialisation croissante : un agent immobilier impliqué dans le développement de centres médicaux, et un architecte reconnu pour son expertise dans la conception de cliniques. À travers leurs trajectoires, il s'agit de montrer comment ces agents ont pénétré le champ médical et y sont devenus progressivement transversaux, en proposant des produits immobiliers spécifiques et des stratégies d'optimisation qui répondent aux besoins des médecins et des collectifs actionnariaux tout en reconfigurant l'espace urbain. Leur intérêt analytique réside ici autant dans les formes urbaines que ces agents contribuent à produire et qui feront l'objet d'une analyse plus détaillée au chapitre suivant, que dans les logiques économiques, symboliques et relationnelles qu'ils introduisent dans le fonctionnement du champ médical capitaliste.

Moncef, agent immobilier spécialisé dans les cabinets médicaux

L'investissement immobilier dans le champ médical capitaliste peut prendre deux formes principales : l'acquisition de biens construits par des tiers ou la construction directe par des collectifs de médecins, généralement en vue d'ouvrir une clinique ou un centre médical. Si la seconde option reste dominante pour les cliniques, elle est beaucoup moins fréquente dans le cas des cabinets médicaux. Ces derniers tendent désormais à se regrouper dans des immeubles spécifiquement conçus pour cette activité, souvent localisés près des cliniques récentes dans les quartiers péricentraux de Sfax.

C'est dans ce contexte que des promoteurs immobiliers spécialisés ont émergé à Sfax au cours de la dernière décennie. Parmi eux, Tarak[70] occupe une position singulière. Agissant pour le compte d'un grand promoteur local, monsieur G., il participe activement au développement d'immeubles mixtes intégrant des cabinets médicaux et des bureaux sur la route de Gremda. Son rôle dépasse largement celui de simple commercial : de sa longue expérience passée dans les médias locaux, il s'est constitué un réseau dense de relations avec les élites sfaxiennes, en particulier les familles notables comptant de nombreux médecins. C'est précisément cette capacité à activer des

[70] Entretien n° 66 avec Tarak le 31 mai 2023 à Sfax.

réseaux de confiance qui en fait un interlocuteur apprécié des médecins, dans un environnement où règne une certaine méfiance à l'égard du monde des affaires, comme en témoignait le discours de Fatma précédemment. Lors d'un entretien, Tarak revient sur les liens tissés avec le corps médical local :

> ***Tarak**: Je connais bien les médecins, oui. J'ai travaillé en radio. Et lorsqu'on travaille en radio, on connaît beaucoup de gens. On a une grande relation, une banque de données, de bonnes adresses, voilà. C'est pour cela qu'il [le promoteur, NDR] a cherché une personne comme ça. […] À Sfax, qu'est-ce qu'on parle ? Surtout, l'environnement et la maladie de cancer qui se trouve à Sfax, la pollution et tout. C'est un grand problème ! On a beaucoup de rubriques en radio sur ça. Je travaillais sur ce sujet. Alors on a beaucoup de contacts avec les médecins avec qui j'ai gardé de très bonnes relations.*

Grâce à ce positionnement intermédiaire, Tarak rend possible l'adaptation de l'offre immobilière aux attentes spécifiques des professionnel·les de santé et facilite leur diffusion dans le champ médical. Cette médiation repose sur la confiance, le bouche-à-oreille et l'absence quasi totale de publicité formelle. Les transactions s'effectuent dans la discrétion, et les prix (élevés pour le marché local) témoignent de la segmentation du marché en faveur de ces produits immobiliers spécifiques. En 2023, un cabinet médical neuf, partiellement équipé (contenant notamment des prédispositions techniques pour équipements lourds), situé au km 3 de la route de Gremda, se négociait entre 300 000 et 350 000 dinars (entre 90 000 et 100 000 euros) pour une surface de 80 à 120 m^2, soit bien au-dessus du prix au mètre carré local.

Les agents comme Tarak incarnent ainsi une figure particulière du champ médical capitaliste : bien qu'extérieur au soin, il est un élément essentiel de la connexion entre les promoteurs immobiliers et le marché. Cette relation a toute son importance puisqu'elle participe à la fabrique, là aussi, d'une vision du secteur qui n'est pas sans lien avec son développement dans un tissu urbain spécifique, celui des anciens *jnens* reconvertis du fait de leur valeur foncière importante. Ce rôle prépare notamment l'analyse dans le chapitre suivant des produits immobiliers et des formes urbaines caractéristiques issus de ces dynamiques croisées entre la spéculation foncière et la demande médicale.

Mohamed, « architecte des cliniques »

Dans la continuité de la spécialisation de certains promoteurs dans l'immobilier médical, une autre catégorie d'acteurs a progressivement gagné en importance au cours de la dernière décennie à Sfax : les architectes spécialisé·es dans la conception de cliniques privées. Leur nombre reste relativement restreint, en raison des compétences techniques requises, des normes sanitaires à respecter, mais aussi d'un marché encore

très restreint. Pourtant, leur rôle prend une importance croissante, en particulier dans le contexte de la mise en concurrence des établissements, où l'image et l'identité visuelle des cliniques sont perçues comme participant à leur attractivité commerciale. Si les dirigeant·es de cliniques ont toujours eu recours à des architectes pour les associer à la conception des cliniques privées, ils et elles font désormais appel à ces agents pour concevoir des établissements répondant à une double exigence : optimiser l'espace disponible pour des services médicaux de plus en plus nombreux sur un foncier de plus en plus coûteux, et penser une architecture qui reflète les ambitions commerciales du projet à travers une esthétique reconnaissable, souvent déclinée dans une charte graphique cohérente. Cette évolution témoigne du glissement progressif du bâtiment de soins vers un produit symbolique intégré dans une stratégie de marque, comme cela sera également analysé plus en détail dans les deux chapitres suivants.

C'est dans ce cadre que Mohamed[71], architecte installé à Sfax, a acquis une reconnaissance particulière. Recommandé à plusieurs reprises par des médecins actionnaires lors des entretiens, il a d'abord travaillé dans le secteur de l'immobilier tertiaire et résidentiel dit de « haut standing » avant de se spécialiser dans la conception et la rénovation de cliniques. Lors d'un entretien, il revient sur l'un de ses premiers projets avec un collectif de jeunes médecins :

> ***Mohamed*** *: On était à la recherche d'un petit terrain qui leur conviendra bien sûr avec un budget, avec leur principe. Ils étaient un groupe de jeunes médecins.*
>
> ***Théo M.*** *: Parce que c'est un petit projet ?*
>
> ***Mohamed*** *: C'est un petit projet, oui, mais en fait il a bien su tenir profit de cette occupation. En apparence la clinique elle est petite, mais on a pu avoir 5000 m² de surface utile dedans ! 32 chambres, donc c'est 60 lits, avec 3 salles d'opération, une salle d'aseptique, un service de réanimation à 5 lits, un service d'urgence et une petite unité d'ophtalmologie. Bien sûr avec l'administration, la buanderie et les cuisines. La seule chose qui ne rentrait pas c'était une maternité. Mais c'était mon premier exercice avec les médecins, bon avec une emprise au sol qui ne dépasse pas les 500 m², on a pu coincer dedans tout un programme !*
>
> ***Théo M.*** *: Pour vous c'est une réussite donc ?*
>
> ***Mohamed*** *: Oui, même les médecins reconnaissent ça. Ça m'a permis, disons, de rentrer là-dedans et juste après donc j'étais contacté*

[71] Entretien n° 29 avec Mohamed le 25 juin 2021 à Sfax.

par Monsieur [M.] que vous avez croisé, c'est le directeur de la polyclinique que j'ai rénovée.

L'entrée de Mohamed dans le capitalisme médical sfaxien s'est jouée à l'intersection de deux registres : la capacité à proposer l'optimisation de l'espace en respectant les contraintes fonctionnelles du soin (dont il maîtrise le vocabulaire), et l'expertise acquise dans l'immobilier résidentiel haut de gamme, dont il transpose les normes esthétiques et techniques aux établissements médicaux. Cette double compétence lui permet de répondre à des attentes croissantes de la part des investisseurs médicaux, soucieux de développer des établissements compétitifs à la fois sur le plan logistique et symbolique. L'architecte n'est pas ici un simple intermédiaire technique, il est un agent structurant de la fabrique capitaliste du champ médical : il matérialise spatialement les ambitions des collectifs qui portent les projets, produit une image singularisante pour les cliniques, et s'inscrit là aussi dans une logique de segmentation du marché des soins par l'environnement bâti. La spécialisation de la filière architecturale contribue ainsi à la définition d'un standard matériel et symbolique du soin privé, dont la fonction excède largement la seule fonctionnalité des bâtiments.

3 – Des compétences qui s'externalisent : les ramifications capitalistes de la filière

Outre la finance et l'immobilier, d'autres secteurs d'activité, moins visibles, démontrent également l'interpénétration des agents de marché avec la filière médicale. Ceux-ci participent activement de sa mise en ordre, de par son inflexion néolibérale, mais aussi par les réponses que ces agents apportent aux problèmes spécifiques des activités médicales capitalistes. Ces agents opèrent comme des prestataires, bien qu'extérieurs au champ médical, et en deviennent ainsi des agents transversaux par les services qu'ils offrent : systèmes d'information, sécurité, logistique ou activités de conseil. Leur montée en puissance accompagne le mouvement d'externalisation des fonctions non médicales dans les cliniques privées, tout en imposant des normes de gestion, de surveillance et de performance propres aux entreprises du champ économique et à ses normes contemporaines notamment portées sur l'externalisation des services. Sans faire partie de l'espace du soin, ces agents contribuent à la fabrique des conditions matérielles et organisationnelles dans lesquelles s'inscrivent les pratiques médicales. Ils donnent ainsi à voir une double dynamique : d'une part, l'ouverture croissante du champ médical à des acteurs porteurs de logiques entrepreneuriales et gestionnaires ; d'autre part, la redéfinition des attentes et pratiques des médecins elles et eux-mêmes, à mesure que la médecine intègre les références managériales des sociétés financiarisées. Ce faisant, ces prestataires endossent une fonction de discipline gestionnaire qui aligne les pratiques organisationnelles sur les normes contemporaines du capitalisme d'entreprise (gestion des risques, standardisation, reporting et indicateurs de performance), consolidant ainsi la mise en ordre du champ.

Ce point illustre cette dynamique à partir de deux figures : celle d'un prestataire informatique sfaxien devenu incontournable dans l'équipement des cliniques privées tunisiennes, et celle des sociétés de gardiennage et de sécurité, chargées de veiller à la protection des bâtiments et à la gestion de leurs abords. Elles incarnent deux formes d'intervention périphériques, mais structurantes, dont les effets sont à la fois techniques, économiques et spatiaux.

L'informatisation des pratiques de management

Aujourd'hui, les institutions médicales tunisiennes, qu'elles soient publiques ou privées, s'appuient de manière croissante sur des systèmes informatisés pour organiser la gestion administrative, la relation aux patient·es et les opérations comptables. On retrouve cette gestion informatisée dans la littérature sur Nouveau Management Public (NPM) évoqué dans le premier chapitre, ainsi que de ces effets sur l'organisation du travail, notamment dans le secteur hospitalier français (Juven, Pierru et Vincent 2019). Ce processus d'informatisation s'est amorcé dans les années 1990 en Tunisie, d'abord par l'initiative d'agents extérieurs au champ médical, comme en témoigne le parcours de Nassim[72], informaticien de formation. Initialement spécialisé dans les solutions de gestion pour le secteur hôtelier, il tente dans un premier temps d'implanter ses outils dans les hôpitaux publics tunisiens, sans succès, avant de trouver une première opportunité en Libye, puis de s'implanter dans les cliniques privées tunisiennes dès leur essor au cours des années 1990. Son lien au secteur hôtelier n'est pas sans rappeler les premières heures des cliniques sfaxiennes, qui ont fait appel aux gestionnaires des établissements hôteliers pour gérer leurs affaires dans les années 1980 – 1990.

Le discours de Nassim porte une critique ferme envers la relative fermeture du secteur public à l'innovation technologique externe, à rebours de la perméabilité du secteur privé, notamment dans les cliniques, aux logiques entrepreneuriales et à l'optimisation gestionnaire. Si ce développeur de systèmes informatisés y voit une forme essentialisée « d'esprit entrepreneurial » qui guide les agents du privé contrairement à ceux du public, on peut néanmoins s'interroger sur les conditions matérielles et les intérêts concrets qui conduisent le capitalisme médical à adopter ce type de technologies pour gérer ses actifs. Car cette ouverture concerne aussi, dans une moindre mesure, certains cabinets médicaux, officines et laboratoires, en particulier lorsque ceux-ci sont articulés à une structure plus large. C'est par exemple le cas de Hedi[73], pharmacien biologiste à la tête d'une clinique sur la route de Gremda, qui a interconnecté son laboratoire en centre-ville à sa structure principale via un système numérique intégré. C'est aussi le cas de Ali[74], chirurgien dans l'une des cliniques récentes de Sfax, qui a quant à lui développé un dispositif de télétransmission des images d'endoscopie vers un cabinet qu'il

[72] Entretien n° 60 avec Nassim le 28 juin 2022 à Sfax.
[73] Entretien n° 22 avec Hedi le 24 mai 2021 à Sfax.
[74] Entretien n° 24 avec Ali le 6 juin 2021 à Sfax.

loue spécifiquement pour y former des médecins, devant lesquel·les il retransmet, en direct, ses interventions chirurgicales depuis le bloc de la clinique.

Pour les gestionnaires de cliniques, l'intérêt pour ces outils dépasse les seuls besoins médicaux : l'objectif est surtout de rationaliser, par des indicateurs précis et en temps réel, la gestion opérationnelle et financière. Dans un entretien, Nassim revient sur la genèse et les évolutions de ses systèmes :

> ***Nassim*** *: À l'époque, on pensait déjà de la même manière, c'était un système centralisé, c'est-à-dire qui contrôle un peu tous les systèmes. C'est un système centré sur l'argent, sur la facturation : le patient arrive, on ouvre la facture ; quand il part, on la ferme. Ensuite on rajoute un peu de comptabilité, de gestion des ressources humaines… Mais tout était administratif. Parce qu'à ce moment-là tout se faisait sur papier. On suit les différentes étapes du patient et à la fin on a un enregistrement par une saisie sur l'ordinateur.*
>
> *[…] Donc on a commencé à la clinique avec un système encore centralisé, mais très vite on a compris que, comme à l'hôtel on met un ordinateur à la piscine, pourquoi ne pas en mettre à la réception du bloc opératoire ? […] Les prestations sont saisies au plus près du patient, pas juste à la fin.*

Ce type de système devient aussi un outil de pilotage à distance. Dans certains cas rares, comme celui d'un groupe émirati ayant investi dans des cliniques tunisiennes, les solutions numériques permettent de produire un rapport financier destiné aux holdings financières qui détiennent ces établissements. Si cet exemple reste exceptionnel, il témoigne de l'évolution du champ médical vers des normes de gestion financière qui facilitent l'entrée d'acteurs non médicaux, en particulier ceux dont les pratiques sont celles de la finance internationale. Nassim illustre ce changement :

> ***Nassim*** *: Aujourd'hui on a un concept, qui est le concept de groupe, très bien développé. Un groupe émirati arrive, rachète des cliniques, en forme un groupe. Le paramétrage est centralisé. Quand on ajoute un examen, il est ajouté au niveau de la centrale puis il va dans toutes les cliniques. […] Et les groupes financiers, eux, ils demandent beaucoup de reportings financiers. Donc quand ils ont fait la transaction, ils demandent des rapports d'activité. En Tunisie, Taoufik, je crois, a commencé à donner les rapports à la demande. Le rapport arrivait tous les 15 jours ou tous les mois à la holding à Dubaï.*

Si la majorité des cliniques privées restent contrôlées par des collectifs de médecins locaux ou des acteurs économiques nationaux, l'entreprise de Nassim est impliquée dans plusieurs dizaines de projets en Tunisie. Cette interpénétration permet de

saisir comment des prestataires spécialisés participent à la transformation progressive du champ. Par l'informatisation, ces agents autorisent aussi l'introduction des normes de gestion et des outils de pilotage financier qui rendent les établissements compatibles avec des logiques d'investissement capitalistique. Leur position, transversale dans le champ médical, montre un rôle structurant dans la fabrique d'un capitalisme de la santé informatisé, interconnecté et pilotable à distance. Au même titre que les agents commerciaux évoqués plus haut, ces profils gagnent en légitimité dans le champ à mesure que les impératifs financiers deviennent la norme, soit par les changements de perceptions et de pratiques de la part des agents capitalistes du soin, soit par l'introduction, aux postes de gestions, d'agents habitués au pilotage d'entreprises par les outils de la finance mondialisée.

Sécuriser, protéger ses biens et gérer l'espace : le recours aux sociétés de gardiennage

Un autre versant du recours à des prestataires spécialisés concerne la sécurité des établissements de santé. À Sfax, la quasi-totalité des grandes cliniques privées a externalisé la surveillance de leurs bâtiments et de leurs abords à des sociétés de gardiennage privées. Ces entreprises, souvent généralistes, interviennent également dans des secteurs industriels, ce qui témoigne de leur inscription dans un champ économique élargi et non spécifiquement médical. Au premier abord, la présence de gardiens[75] dans les cliniques peut sembler similaire à celle observée dans les hôpitaux publics. Cependant, deux dynamiques spécifiques distinguent ces dispositifs dans le secteur privé. Premièrement, les directions de cliniques recourent massivement à ces sociétés pour gérer les flux de circulation autour des parkings, notamment sur les axes radiaux très fréquentés comme la route de Gremda. Ce service se révèle particulièrement stratégique dans les cliniques accueillant une patientèle libyenne, priorisée à l'entrée et devant faire l'objet d'un accueil jugé soigné. Deuxièmement, les établissements renforcent le contrôle spatial interne en déployant des dispositifs de vidéosurveillance sophistiqués, pilotés depuis des postes de commandement situés dans les directions administratives.

Ainsi, les sociétés de sécurité mobilisent entre trois et cinq agents aux abords des établissements, en particulier à l'entrée des parkings, et souvent deux autres, a minima, à l'intérieur, dans les halls d'accueil. À cela s'ajoute la mise en place de systèmes de vidéosurveillance pilotables à distance. Lors d'un entretien avec Adnene.[76], directeur financier d'une clinique située sur la route de Gremda, ce dernier me montre fièrement, hors enregistrement, le système qu'il a fait installer dans sa clinique :

[75] Mes observations n'ont pas permis de relever la présence de femmes dans ce type de dispositif.

[76] Entretien n° 71 avec Adnene le 13 mai 2022 à Sfax.

Notes d'entretien hors enregistrement :

Alors que je coupe l'enregistreur, notre discussion dérive sur la sécurisation des abords et de l'intérieur de la clinique. Je lui fais remarquer que de nombreux gardiens sont postés à l'entrée. Adnene. me confirme cela et souhaite également me montrer son logiciel de surveillance. Il ouvre une fenêtre sur son ordinateur qui laisse entrevoir une dizaine de flux vidéo en couleur et de bonne qualité issus de caméras disposées tout autour et à l'intérieur de la clinique. En quelques opérations il navigue dans plusieurs fenêtres similaires, laissant apparaître un total de plusieurs dizaines de caméras reliées à ce système. Plus encore, il me montre que certaines peuvent être contrôlées et autorise le zoom et la rotation sur plusieurs axes. Ses points de vue donnent autant sur le parking souterrain que l'accueil pour les salles d'attente. « En cas de besoin », selon ses termes, il peut solliciter immédiatement les gardiens postés à l'accueil ou sur le parking via son téléphone.

Ces dispositifs sont moins fréquents dans les cabinets médicaux et à leurs abords, qui fonctionnent souvent avec la présence d'un gardien d'immeuble polyvalent, chargé à la fois de la sécurité et de la médiation quotidienne avec les patients ou visiteurs, bien que la vidéosurveillance tende à se développer aux abords des nouveaux produits immobiliers associés, notamment, aux cabinets médicaux. Cette distinction entre cliniques et cabinets illustre la segmentation croissante du secteur médical privé selon des logiques d'investissement, de taille critique et de contrôle de l'espace. Si les sociétés de gardiennage restent des acteurs périphériques, leur rôle participe pourtant là aussi d'une transformation plus large du champ médical : la montée en puissance d'une rationalité sécuritaire et logistique dans la gestion des établissements, en phase avec les attentes de sécurisation des biens des acteurs économiques qui y investissent. Dans le chapitre 6, je reviendrai plus en détail sur les implications socio-spatiales de cette évolution du champ médical capitaliste.

Conclusion de section

À travers l'analyse des figures présentées dans cette section, que j'ai qualifiées de transversales (banquiers, investisseurs, promoteurs, architectes, informaticiens et agents de sécurité) j'ai montré comment le champ médical capitaliste à Sfax se constitue dans une logique d'ouverture et de subordination au champ économique. Ces agents, bien qu'extérieurs à l'espace légitime du soin, deviennent progressivement incontournables dans la mise en œuvre, la gestion et la valorisation de l'activité médicale privée. Leur intervention traduit une extension fonctionnelle du champ, mais aussi une redéfinition de ses frontières symboliques, où la légitimité ne dépend plus uniquement de la compétence médicale, mais de la capacité à participer à la logique d'accumulation. Ces agents ne s'imposent pas au champ médical depuis le champ économique dans un pur

rapport de subordination. Les intérêts mutuels entre les agents centraux du champ médical et ces agents se rejoignent progressivement où les uns adoptent les logiques des autres dans une perspective partagée de consolidation du profit et de l'accumulation capitaliste. Néanmoins, des frictions subsistent entre ces catégories qui n'ont pas toujours été en accord mutuel sur les objectifs de rentabilité des établissements sanitaires privés.

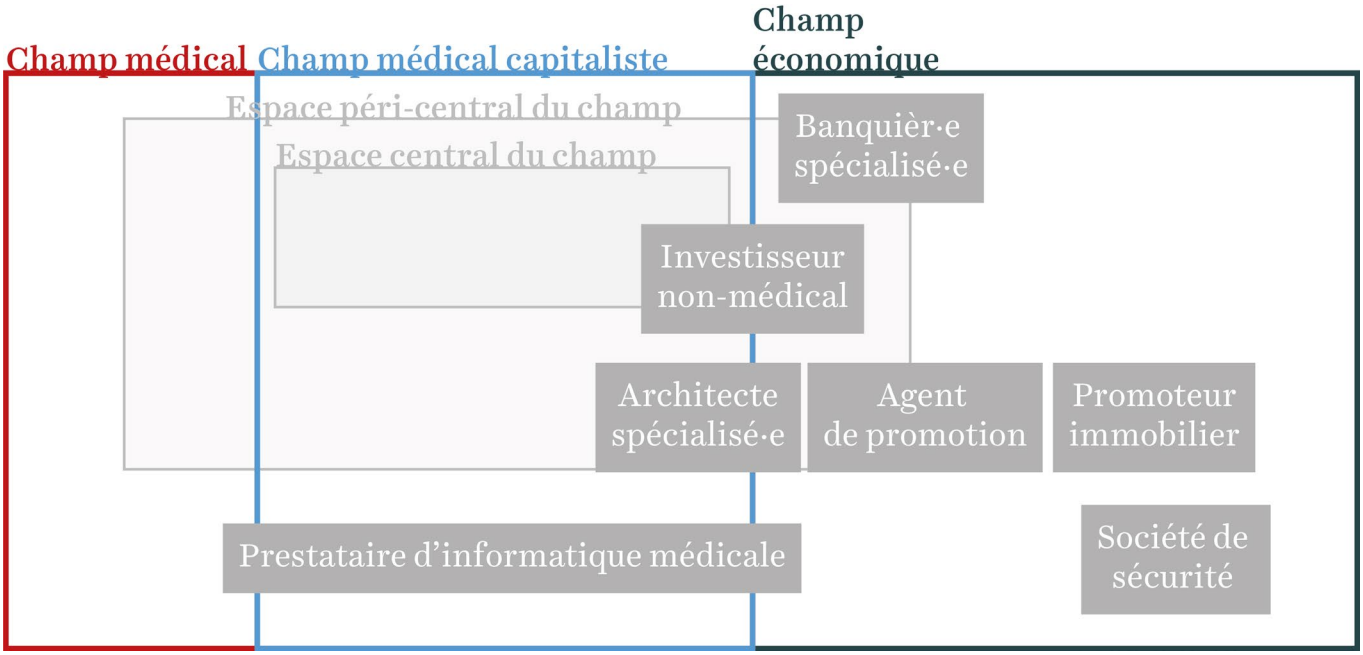


Figure 40 – Schéma des positions transversales dans le champ médical capitaliste sfaxien. Réalisation : Théo Maurette 2025.

Ces dynamiques concrétisent à l'échelle locale les processus décrits dans le chapitre 1 concernant la structuration néolibérale du champ médical. L'intrication croissante entre logiques marchandes et pratiques médicales, la segmentation du marché des soins, ou encore la montée en puissance de dispositifs techniques et gestionnaires au sein des établissements illustrent la manière dont le capitalisme médical devient le mode structurant les rapports de productions des soins, en structurant à la fois les pratiques, les espaces et les formes de pouvoir. La médecine sfaxienne s'inscrit dans la dynamique de subordination analysée par Bourdieu pour qui les champs professionnels tendent à s'aligner sur les impératifs du champ économique dominant. Mais dans le cas présent, cette subordination se fait selon des configurations propres qui en relativisent la portée : il s'agit moins d'une domination verticale que d'une pénétration transversale du champ médical, comme l'illustre la Figure 40 ci-dessus. Le cas sfaxien invite ainsi à penser la transformation de la médecine capitaliste non seulement comme une adaptation aux logiques contemporaines du marché, mais dont elle coproduit, avec le marché, de nouveaux agencements entre capital, soin et territoire.

D – Entreprendre à la marge : les agents marginaux du champ

Si les catégories d'agents abordées jusqu'ici participent, à des degrés divers, à la sphère de légitimité du champ médical capitaliste sfaxien, d'autres figures y sont actives, mais selon des configurations bien plus marginalisées. Leur rôle, pourtant central dans la circulation des patient·es et dans l'intermédiation entre offres et demande de soins, reste largement disqualifié par les agents centraux du champ. Ces agents ont en commun d'occuper des fonctions d'intermédiation et d'agir selon une logique entrepreneuriale parfois informelle, au sens donné par Alejandro Portes (1999), comme d'une réponse à la précarisation salariale dans les économies des Suds. Dans le contexte tunisien, marqué par une forte instabilité de l'emploi et une informalisation généralisée des activités économiques, l'entrepreneuriat constitue une voie d'insertion aussi nécessaire que fragile (Meddeb 2012). Les figures analysées ici incarnent des trajectoires individuelles remplissant les « vides » produits par les agents centraux du champ pour y déployer des pratiques à l'interface entre service, commerce et soin. Si leur légitimité est souvent contestée, leur rôle est néanmoins structurant dans le fonctionnement quotidien du marché médical transnational de Sfax. Trois catégories d'agents se distinguent dans cette section : ceux qui assurent le transport des patient·es, ceux qui organisent leur hébergement, et enfin ceux qui opèrent une mise en relation entre les différents segments du champ. À travers leurs pratiques, c'est l'économie concrète de l'intermédiation qui se donne à voir. Une économie faite d'initiatives souvent individuelles, de réseaux à la fois locaux et transnationaux, et de tentatives plus ou moins abouties de pénétration du champ médical capitaliste par des filières informelles.

1 – Transporter les patient·es

Le transport des patient·es est une catégorie légitime du champ médical tunisien. Dans le champ médical capitaliste, elle l'est également, moyennant une distribution des rôles et de leur reconnaissance fondée sur un rapport de réputation et de dépendance au service rendu. Néanmoins, de par la structure transnationale du marché du soin sfaxien, « l'évacuation sanitaire[77] » est aussi une affaire de franchissement de frontière et de concurrence entre les services tunisiens et libyens. Ces deux types d'agents se répartissent le marché entre l'évacuation tuniso-tunisienne et tuniso-libyenne selon des modalités et un capital médical valorisé symboliquement différemment dans le champ.

Au quotidien, les patient·es tunisien·nes peuvent recourir à trois types de services d'évacuation : le SMUR tunisien, service public rattaché au CHU, les ambulances

[77] Terme officiel désignant les métiers du transport de personnes malades ne pouvant se rendre de manière autonome dans un lieu de soins. On parlera usuellement de société d'ambulances.

des cliniques et les sociétés d'ambulances privées. Les cliniques sont tenues de posséder une ou deux ambulances selon leur capacité d'accueil, mais y recourent assez peu, car comme pour d'autres services secondaires, leur externalisation s'avère moins coûteuse et plus souple à gérer. Les sociétés d'ambulances privées agrémentées sont quant à elles les seules autorisées à effectuer, contre rémunération, le transport de patient·es nécessitant un encadrement médical et ne pouvant se rendre de manière autonome aux lieux de soins. Elles répondent à une réglementation spécifique et disposent d'agréments leur permettant d'exploiter des véhicules médicalisés et de facturer leurs prestations en tant que telles. À Sfax, une dizaine de ces sociétés sont recensées selon les estimations recueillies lors des entretiens. Il s'agit généralement de structures de petite taille, dirigées par un entrepreneur individuel, qui emploie en moyenne deux à quatre salarié·es et dispose de deux à cinq véhicules.

C'est le cas de la société de Yassine[78], qui dispose de trois ambulances à Sfax depuis 2015. Son entreprise a été fondée au moment où la demande locale était à son pic, à une époque où, selon ses dires, le marché sfaxien pouvait encore faire vivre plus d'une dizaine d'opérateurs similaires. Le parcours professionnel de Yassine est emblématique de la trajectoire d'insertion dans ce segment de service médical. Diplômé en soins infirmiers avec une spécialisation en anesthésie en 1995, il travaille plusieurs années comme aide-infirmier dans des cliniques privées tunisiennes avant de tenter sa chance à Abu Dhabi, où il est resté sept ans, une durée relativement longue pour une mobilité professionnelle de ce type. À son retour en Tunisie, il se marie avec une médecin gynécologue, obtient un poste à l'hôpital public et commence à s'y constituer un carnet d'adresses. Le salaire plus stable qu'en clinique privée et les économies accumulées à l'étranger lui permettent de se projeter dans l'entrepreneuriat. Il se forme spécifiquement à l'évacuation sanitaire avant de lancer sa société, d'abord avec une seule ambulance, accompagné d'un assistant qu'il forme lui-même, puis en développant progressivement son parc de véhicules.

Aujourd'hui, Yassine estime que le marché local est en voie de saturation. La demande tunisienne n'évolue pas de manière significative, tandis que les cliniques et cabinets médicaux ont une part substantielle de leur activité portée par la patientèle étrangère. Son entreprise reste cantonnée à la patientèle tunisienne, ne pouvant rivaliser avec les ambulances libyennes. Néanmoins, la centralité de Sfax dans l'offre de soins du Sud tunisien lui permet de couvrir un bassin étendu, allant jusqu'à plusieurs centaines de kilomètres. Il s'appuie principalement sur le bouche-à-oreille, en particulier via quelques polycliniques avec lesquelles il entretient des relations privilégiées. Si les patient·es peuvent faire appel directement à ses services, une large part de sa patientèle est orientée vers lui par des médecins. Dans certains cas, le coût du transport est intégré à la facturation des soins médicaux effectuée par les cliniques, ce qui lui permet de

[78] Entretien n° 47 avec Yassine le 4 mai 2022 à Sfax.

stabiliser ses tarifs. Il indique que, dans d'autres cas, les patient·es négocient systématiquement le prix de la course, une pratique devenue courante selon lui.

Une stratégie de développement envisagée par Yassine serait d'élargir son activité au transport transfrontalier, notamment vers et depuis la Libye. Pourtant, malgré un ancrage solide dans le champ médical sfaxien, l'accès à cette patientèle reste difficile. Le marché libyen du transport médicalisé fonctionne sur d'autres logiques relationnelles et commerciales, marquées par un avantage statutaire et une structuration en réseaux propres. De plus, les tarifs pratiqués par Yassine restent élevés en comparaison des prestataires libyens. Un aller-retour de plusieurs centaines de kilomètres avec une ambulance médicalisée coûterait à ses patient·es plusieurs centaines, voire un millier de dinars, soit une somme bien supérieure à ce que proposent les services libyens pour traverser la frontière. Cette différence de coût constitue un frein majeur à la captation de cette clientèle transnationale. Yassine reste néanmoins un agent légitime au sein du capitalisme médical, quand bien même celui-ci s'en situe à la lisière.

À Sfax, il est impossible d'ignorer la présence visible et régulière des ambulances libyennes, qui sillonnent les rues et stationnent à proximité des établissements de soins. Bien que je n'aie pas eu l'occasion de réaliser d'entretien direct avec leurs représentants[79], en raison de leur réticence à se rendre visibles et de la nécessité de recourir à un intermédiaire pour la traduction, ces agents ont été fréquemment mentionnés au cours des enquêtes et leur activité reste facilement observable sur le terrain.

L'ambulancier, Yassine, insiste sur le rôle central de ces opérateurs dans la mobilité transfrontalière des patient·es libyen·nes. Selon lui, il est quasiment impossible pour une société tunisienne de rivaliser avec les ambulanciers libyens, tant du point de vue des tarifs que de leur maîtrise des circuits médicaux et frontaliers :

> ***Théo M.*** *: Vous travaillez avec les Libyens dans votre société d'ambulance ?*
>
> ***Yassine*** *: Non, pas trop. Parce que les Libyens arrivent avec leurs propres ambulances.*
>
> ***Théo M.*** *: Qui viennent de Libye ?*
>
> ***Yassine*** *: Voilà, qui viennent de Libye, ils vont à Sfax ou bien dans toute la Tunisie. Et les ambulances libyennes, elles restent. Elles restent à Sfax ou bien au… Ils attendent lorsqu'il y a un Libyen rentré chez eux.*

[79] Selon mes observations et les récits des personnes enquêtées, la profession ne semble pas féminisée.

Théo M. *: Ah bon ?*

Yassine *: Ils ont des relations avec les cliniques, oui. Mais, nous, les sociétés, les sociétés installées, nous, les sociétés tunisiennes, ce n'est pas bon pour nous. Notre activité, déjà, elle est concurrentielle. Et là il y a des ambulances de la Libye… Ce n'est pas bon pour nous. Malgré ça, quand il a un patient, il l'amène et il rentre, il reste devant les cliniques. C'est lui qui le ramène. Même dans Sfax, en interservices, en inter-clinique, interhospitalier, ils font ça aussi…*

Le témoignage souligne l'inscription territoriale de ces agents : plus encore que les prestataires tunisiens, les ambulanciers libyens accompagnent leurs patient·es tout au long de leur parcours de soins, y compris dans les transferts intra-urbains entre services ou établissements. Leur insertion dans l'espace médical sfaxien repose cependant sur des logiques différentes : leur clientèle est recrutée en Libye, sur recommandation directe de praticien·nes libyen·nes, et au retour à travers les réseaux médicaux tunisiens. Afin d'assurer la rentabilité de leurs trajets, souvent longs et coûteux du fait de la distance qui sépare Sfax des territoires de l'Ouest libyen, ces opérateurs doivent idéalement transporter des patient·es à l'aller comme au retour. Or, la durée d'hospitalisation ou de convalescence des patient·es libyen·nes peut s'étendre sur plusieurs jours, voire plusieurs semaines, ce qui rend difficile une gestion classique de l'évacuation sanitaire où l'ambulancier prend en charge l'aller et le retour de longue distance. Pour pallier cette contrainte, deux stratégies sont fréquemment mobilisées. La première consiste à stationner de manière prolongée dans l'espace public, à proximité des cliniques, dans l'attente de nouveaux·elles client·es, démarchés à même les parkings. La seconde repose sur des réseaux informels d'intermédiation, souvent situés en marge du champ médical formel. Ces circuits ne mobilisent pas nécessairement les professionnel·les de santé tunisien·nes, du moins rarement directement, mais s'appuient sur des intermédiaires commerciaux ou communautaires qui sont bien identifiés par la patientèle libyenne. Positionnés à la frontière de la légitimité, ces agents ne sont ni pleinement reconnus ni explicitement rejetés par les cliniques et professionnel·les tunisiens. Leur statut ambigu leur confère une place singulière dans l'économie de la santé à Sfax : ils incarnent à la fois une ressource indispensable pour les patient·es, mais constituent aussi une concurrence perçue comme déloyale pour les prestataires locaux. En cela, les ambulanciers libyens participent à la structuration d'un espace médico-économique transfrontalier, où les rapports de pouvoir, d'accès et de reconnaissance sont rendus asymétriques du fait des enjeux territoriaux qu'ils sous-tendent.

2 – Loger les patient·es

La présence importante de patient·es étranger·es à Sfax a très tôt produit un marché de l'intermédiation visant à mettre en lien (de manière profitable) les patient·es avec les agents du soin. À Sfax, le régime d'intermédiation se pense en deux

volets. Le premier est celui, essentiel pour la plupart des patient·es libyen·nes et de leur accompagnant·es, de la question du logement. Si les cliniques tunisiennes proposent un service d'hôtellerie, leur infrastructure n'est pas calibrée pour recevoir les personnes entourant les patient·es. Dans le cas de visites au cabinet médical, la question du logement est d'autant plus cruciale qu'il n'existe pas de service d'hébergement adossé à ce type de service. Il est fréquent que les Libyen·nes se déplacent en famille pour accompagner un ou plusieurs patient·es, comme je le rappelais dans le premier chapitre à partir du travail de Betty Rouland, Mounir Jarraya et Sébastien Fleuret (2016) à Sfax, corroborant les études dans d'autres contextes similaires. Mon enquête appuie cette étude lorsqu'elle confirme qu'à Sfax le recours au logement hôtelier est très marginal pour la patientèle libyenne. Les Libyen·nes recourent bien plus volontiers à des locations d'appartements meublés à la nuitée, dont le tarif varie entre 50 dinars et 150 dinars la nuit (entre 15 et 45 euros environ), selon le nombre de pièces, la situation et l'équipement de logement. Un tarif comparable aux hôtels, mais dont les prestations (une cuisine, un salon, une ou plusieurs chambres) sont bien plus adaptées à cette demande spécifique et permettent de loger facilement plusieurs personnes pendant quelques jours.

Si l'offre est relativement homogène à Sfax, ne variant principalement qu'en surface et qualité, deux types d'agents ont émergé pour répondre à la demande libyenne. On retrouve d'abord ce que je qualifie de logeurs « d'opportunité », qui ont profité de l'importante présence libyenne suite à la guerre à partir de 2011. Mais il se trouve également une offre qui se professionnalise, depuis plusieurs années, pour proposer des groupements de logements allant parfois jusqu'à des immeubles entiers.

Les conditions fragiles de l'hébergement « d'opportunité »

Saisir l'opportunité, ce fut le cas de Oussema[80], un jeune Sfaxien issu d'une famille modeste dans le Rbat situé au premier kilomètre de la route de Gremda. Sa famille dispose d'un appartement de 4 pièces dont ils et elles sont propriétaires. Quelques mois avant la pandémie de COVID-19, Oussema a été approché par un intermédiaire de la location qu'il connaissait. Son interlocuteur lui a proposé d'héberger des client·es libyen·nes venus pour des soins, ce qu'il a accepté compte tenu des difficultés qu'il rencontrait alors sur le marché de l'emploi. L'expérience a été plutôt positive d'un point de vue financier pour lui, mais l'entretien de la maison s'est révélé très fastidieux. À 80 dinars la nuitée, il y a trouvé une source de revenus intéressante. Durant cette période, il a dû se reloger, lui et sa famille, chez un proche cousin vivant dans une plus grande maison en périphérie de Sfax. Mais cette opportunité n'a pas été de longue durée pour lui. Avant même la fermeture des frontières à cause de la pandémie de COVID-19 et le tarissement temporaire de la patientèle libyenne, Oussema a observé les difficultés inhérentes à ce travail et la pression sociale qu'engendrait une telle posture. Loué illégalement, son bien n'était en effet nullement destiné à un tel usage. Bien que fréquente à

[80] Entretien n° 54 avec Oussema le 11 mai 2022 à Sfax

Sfax, la pratique est assez mal perçue et son cousin lui a intimé de trouver une solution d'hébergement pérenne pour sa famille. De plus, l'état du logement se serait rapidement dégradé du fait des locations successives. Ces dégradations ont entraîné des frais pour lui, qui ont progressivement érodé la rentabilité de son opération. Comme d'autres, Oussema a profité quelque temps de cette opportunité dans des conditions particulières. Mais sous une apparence de revenu facile, il admet à présent que la position qu'il occupait alors et le manque de capital de départ ne lui ont pas permis de se sentir à l'aise plus de quelques mois sur ce créneau.

La professionnalisation de l'hébergement des patient·es

Certains agents dotés d'un capital social et financier plus important amorcent une professionnalisation du secteur de l'hébergement temporaire destiné à la patientèle libyenne. Initialement structuré autour de réseaux informels de petits propriétaires, sollicités par des intermédiaires ou recrutant directement via la rue ou par recommandations, ce marché a vu émerger des formes d'organisation plus pérennes. Des individus ont progressivement constitué de véritables sociétés, à la légalité souvent floue, spécialisées dans la location meublée de courte durée. C'est le cas d'un logeur rencontré à Sfax El Jadida, que j'avais contacté lors de mes premières semaines de terrain pour trouver un logement. Son numéro m'avait été transmis par une connaissance. Lors de notre échange téléphonique, j'avais été surpris par le *jingle* d'attente évoquant un service institutionnalisé alors que j'avais composé un numéro mobile. Il m'avait invité à venir rapidement visiter les lieux, précisant que les biens partaient vite :

> **Visite d'un appartement à Sfax El Jadida, le 31 mars 2022**
>
> L'appartement, situé au 5e étage d'un immeuble donnant sur une rue adjacente à l'avenue de Carthage, était modeste, mais aménagé de manière fonctionnelle pour des séjours courts : chambres équipées, cuisine opérationnelle, salle de bain entretenue. Ce type d'agencement rappelait immédiatement les logements pensés pour la patientèle libyenne que l'on m'a souvent décrits. Mon interlocuteur m'a confirmé qu'il louait habituellement à la nuitée, mais modulait ses offres en fonction de la demande. Lors de notre échange, il m'a expliqué louer plusieurs appartements dans le même immeuble, conçu comme un ensemble locatif temporaire. Ancien gérant d'un café situé au rez-de-chaussée. En descendant l'ascenseur sur le chemin du retour, il m'affirme que son activité dans l'hébergement supplante progressivement celle du café.

Son expérience illustre la manière dont une position centrale dans le quartier, à la fois spatiale et sociale du fait de son statut de gérant de café, permet de percevoir et capter une opportunité économique. Au fil des années, les rachats d'appartements se

sont multipliés, et leur activité de location est devenue plus rémunératrice que leur café. À l'échelle du quartier, ce type de reconversion a même donné lieu à une forme d'institutionnalisation, avec l'apparition de microagences installées directement en pied d'immeuble, spécialisées dans ce type de location. Le modèle économique est fondé sur un régime de multipropriété, non pas au sens d'un bien possédé collectivement, mais d'un parc détenu par un petit nombre de propriétaires indépendants, capables d'offrir une gamme de logements meublés disponibles 24 h/24, à des prix compétitifs vis-à-vis de l'hôtellerie traditionnelle.

C'est selon ce modèle que Zakaria[81] a pu faire de la location à la nuitée son activité principale. Loueur bien connu dans son quartier, situé au niveau du *merkez* Châabouni[82] sur la route de Gremda au kilomètre 2, Zakaria m'a accueilli pour un entretien entrecoupé de multiples appels et interactions. Issu d'une trajectoire familiale marquée par la location informelle, il a repris l'activité de son père décédé prématurément, en s'appuyant sur son oncle, lui aussi inséré dans ces circuits. En capitalisant sur l'essor des cliniques, il a progressivement acquis un nouvel immeuble, aménagé pour accueillir dans le même bâtiment plusieurs appartements destinés aux patient·es, des locations longue durée, des logements pour des proches, et même un espace de repos temporaire pour les ambulanciers libyens qui lui amènent des client·es.

Ces pratiques d'hébergement s'inscrivent dans une zone grise du droit : transactions exclusivement en liquide, absence de déclaration, prestations mêlées (logement, orientation, services), en contradiction avec les politiques étatiques qui privilégient l'hôtellerie formelle pour accueillir les touristes en Tunisie. Une manière de confirmer de nouveau la distance entre ce qui peut être parfois considéré comme une forme de tourisme médical et la réalité opérationnelle de ces réseaux. Bien qu'étant des agents reconnus dans leur champ, leur pérennité est incertaine, comme l'a montré la crise sanitaire du COVID-19 qui a entraîné la disparition de nombreuses structures avec la fermeture des frontières et l'absence de soutien du gouvernement pour ces pans jugés informels de l'économie.

Les relations d'intermédiation dans ce secteur sont multiples : si elles peuvent se jouer entre loueurs eux-mêmes, elles incluent aussi les recommandations de praticien·nes ou les renvois vers d'autres commerces. Dans le cas de Zakaria, sa proximité géographique avec les établissements médicaux suffit à assurer sa visibilité, jugeant de son propre avis qu'il n'a pas besoin d'un ancrage fort dans les réseaux médicaux pour pouvoir travailler. Il développe en revanche des liens avec les commerçant·es du *merkez*, vers qui il redirige des patient·es libyen·nes en échange d'une commission. Ce type

[81] Entretien n° 31 avec Zakaria le 29 juin 2021 à Sfax, traduit de l'arabe par Sami Benfguira et Taher Yengui.

[82] Du nom de l'ancienne famille sfaxienne qui possédait la majorité des *jnens* dans ce secteur, voir chapitre 2.

d'intermédiaire illustre une dynamique caractéristique de cette économie de l'intermédiation : issus généralement de la classe moyenne inférieure, propriétaire de quelques biens, bien intégré dans son quartier et capable de capter une demande transnationale. Ces agents sont néanmoins à la marge du champ médical capitaliste sfaxien : ils n'en partagent que partiellement les ressources et les réseaux. Leur existence est globalement dénoncée par la plupart des agents du champ, qui voient en eux des concurrents sur le volet hébergement et des intermédiaires coûteux qui ajoutent des frais qui pourraient être directement captés par les institutions centrales du champ que sont les polycliniques.

3 – Recruter et « rabattre » les patient·es

Dans les marges du champ médical capitaliste sfaxien se déploient des formes d'intermédiation hétérogènes fondées principalement sur le capital social et relationnel des agents. Ces figures, longtemps perçues comme secondaires et informelles, jouent pourtant un rôle encore fondamental, du fait de la structure du marché international des soins en Tunisie, dans la mise en relation entre patientèles, offres de soins et services périphériques. Deux dynamiques coexistent aujourd'hui : d'un côté, le déclin relatif du rabattage de rue, incarné par les *samsars*, plutôt issus des classes populaires et opérant historiquement à même l'espace public et de l'autre, l'émergence de « sociétés » unipersonnelles de tourisme médical, portées par des profils plus diplômés et insérés dans des logiques entrepreneuriales, numériques et transnationales.

Du déclin du rabattage de rue…

Zakaria et Ahmed, présentés précédemment, ont aussi en commun d'avoir eu une expérience de recrutement direct des patient·es à même la rue. Avant de se professionnaliser dans le logement pour l'un ou de se détourner complètement du secteur pour l'autre, ils se sont tous les deux retrouvés à cette position que les Tunisien·nes qualifient, avec un certain mépris, de *« samsar »,* soit, littéralement, des « entremetteurs ». Les *samsars* sont une figure bien connue en Tunisie, notamment dans le tourisme. Ce sont ces individus, souvent bien identifiés[83] dans les quartiers touristiques, qui disposent de portefeuille de contact dans les établissements alentour et vont chercher à recruter de potentiels clients, à même l'espace public, en leur proposant des services particuliers ou en les informant sur les possibilités. Généralement, ils touchent leur commission directement des commerçant·es auxquels ils amènent de la clientèle.

D'après les médecins installé·es dans le centre-ville de Sfax, les *samsars* se sont rapidement entremêlés à l'économie médicale dès sa forte croissance dans les années 1990. L'arrivée massive de la patientèle libyenne en ville peut être comparée, en tenant compte des nuances exprimées dans le premier chapitre, à une forme de présence touristique en ville. En particulier, le besoin de recommandations pour un

[83] De nouveau ici, il semble que ce soit une pratique exclusivement masculine.

médecin ou un logement semble avoir été les principaux ressorts de ces économies de l'intermédiation. Mais avec le temps, la pratique s'est standardisée et complexifiée, au point de faire partie intégrante du paysage social du centre-ville de Sfax. Fatma[84], médecin disposant d'un cabinet dans le quartier, explique comment ces agents tentent d'entrer en contact avec les médecins sitôt qu'ils constatent une nouvelle installation :

> ***Fatma :*** *En fait, lorsque quelqu'un s'installe, un médecin qui s'installe dans un cabinet, ils vont le tester. Ils arrivent et disent « voilà, je t'emmène un patient, comme l'autre… » Ils te citent les autres médecins. […]*
>
> *Dans le temps, on voyait les Libyens, parce que le nombre était énorme. Il n'y avait pas d'obligation, les gens peuvent accéder au cabinet. Les intermédiaires, ils sont dépassés, quoi, par le nombre des Libyens. Mais lorsque le nombre a diminué, donc… Il faut transporter les malades partout. Comme tu as dit, le médecin, le logement, le séjour… Même la chambre, les aliments… Tout le besoin des Libyens.*



Figure 41 – Un 3assa[85] ***(en gilet fluorescent) et un*** samsar ***(à sa droite) accueillent l'accompagnateur d'un patient libyen sur un parking du centre-ville de Sfax le 5 mai 2022***

Ces agents (que l'on peut apercevoir à l'œuvre dans la Figure 41 ci-dessus) sont un maillon essentiel de la chaîne des soins et du lien au marché locatif pour les patient·es étranger·es. Leur réseau d'information est constitué par les gardiens d'immeubles, les médecins elles et eux-mêmes et les ambulanciers libyens, avec qui ils entretiennent une certaine proximité. Lorsqu'ils y parviennent, leur rémunération se fait

[84] Entretien n° 47 avec Yassine et Fatma le 4 mai 2022 à Sfax

[85] Gardien de parking, voir le chapitre 6 sur leur rôle dans la gestion spatiale de la filière médicale privée à Sfax.

en pourcentage des opérations vers lesquelles ils redirigent les patient·es recruté·es. Pour une consultation à 70 dinars, leur commission serait de l'ordre de 10 à 15 dinars par patient·e. Mais leur rôle ne se cantonne pas à l'hébergement et au relais vers les institutions du soin, car ils fournissent aussi divers microservices aux patient·es et à leur entourage : assistance à la mobilité, achats au marché, fourniture d'un forfait mobile. Des prestations qu'ils seront amenés à surfacturer, en liquide, à leurs client·es. Mal perçue, cette pratique semble être sur le déclin. Les médecins étant de plus en plus identifiés et reconnus parmi les réseaux de patient·es, comme l'avait repéré Mohamed Benayache pour le cas de la patientèle algérienne (Benayache 2019), le recrutement à même la rue se déporte progressivement sur la demande immobilière et les microservices, éloignant d'autant plus ces agents du champ médical capitaliste. Leur position est aujourd'hui très précaire dans le champ, d'autant plus que des agents aux intérêts similaires commencent à s'institutionnaliser.

… à l'avènement de sociétés de « tourisme médical »

Depuis le début des années 2010, des structures se positionnent sur le segment du voyage médical « *all inclusive* » (transport, hébergement, accompagnement et intervention). J'ai choisi de présenter ces agents dans la catégorie marginale du champ, moins en raison de leur poids numérique qu'au regard de leurs trajectoires et de leurs modes d'action, largement ancrés dans l'informel. À la différence des intermédiaires de rue, disqualifiés par les agents centraux et progressivement évincés par la reconfiguration spatiale et organisationnelle du champ (voir chapitre 6), ces facilitateur·ices qui se réclament explicitement du tourisme médical s'intègrent à la périphérie des circuits professionnels et développent une proximité désormais acceptée avec certains médecins. Leur légitimité demeure toutefois ambivalente : toléré·es voire activement mobilisé·es par des praticien·nes qui y voient un levier d'accès à des patientèles transnationales, leur légitimité est simultanément contestée par les directions de cliniques, qui leur opposent une vision plus intégrée de la filière (internalisation du marketing, services internationaux) et une concurrence frontale sur l'intermédiation. Autrement dit, ces agents restent marginaux tout en glissant vers l'espace transversal du champ, à mesure que la marginalisation des plus précaires se renforce.

À Sfax, j'ai pu rencontrer deux représentant·es de ces structures, qui se révèlent en réalité être des entreprises unipersonnelles opérant de manière autonome, souvent sans local professionnel. L'un des deux, Marwen[86], est particulièrement représentatif. Diplômé d'une grande école de management à Sfax, Marwen a d'abord occupé des postes à responsabilité dans plusieurs cliniques privées avant de changer d'orientation. Déçu par la faible efficacité des stratégies commerciales traditionnelles déployées par les médecins, notamment le système des « caravanes médicales », il choisit de s'émanciper pour construire son propre réseau d'intermédiation. C'est dans ce contexte qu'il

[86] Entretien n° 27 avec Marwen le 21 juin 2021 à Sfax.

fonde sa « société » de tourisme médical, dont l'activité repose sur la remobilisation de ses connaissances précises du fonctionnement des cliniques et sa capacité à exploiter les marges de flexibilité offertes par certaines d'entre elles. Il sélectionne ainsi quelques chirurgien·nes avec qui il collabore, privilégiant les établissements dans lesquels il peut garantir des prestations personnalisées (par exemple, la possibilité de proposer une chambre individuelle avec salle de bain). La constitution de sa patientèle repose sur deux canaux. D'une part, il met en œuvre une stratégie numérique intensive, se présentant en ligne sous le nom de « docteur Marwen », se basant sur une ambiguïté volontairement entretenue pour asseoir sa légitimité entre son statut « d'expert » du champ et un véritable praticien des soins (Figure 42). Il anime une présence constante sur Facebook et WhatsApp, où il organise des campagnes promotionnelles ciblées, notamment sur la chirurgie esthétique et bariatrique. D'autre part, il active ses anciens réseaux de patient·es en entretenant un lien direct avec les familles et les proches après les interventions, capitalisant sur le bouche-à-oreille et la satisfaction des bénéficiaires pour élargir son réseau.

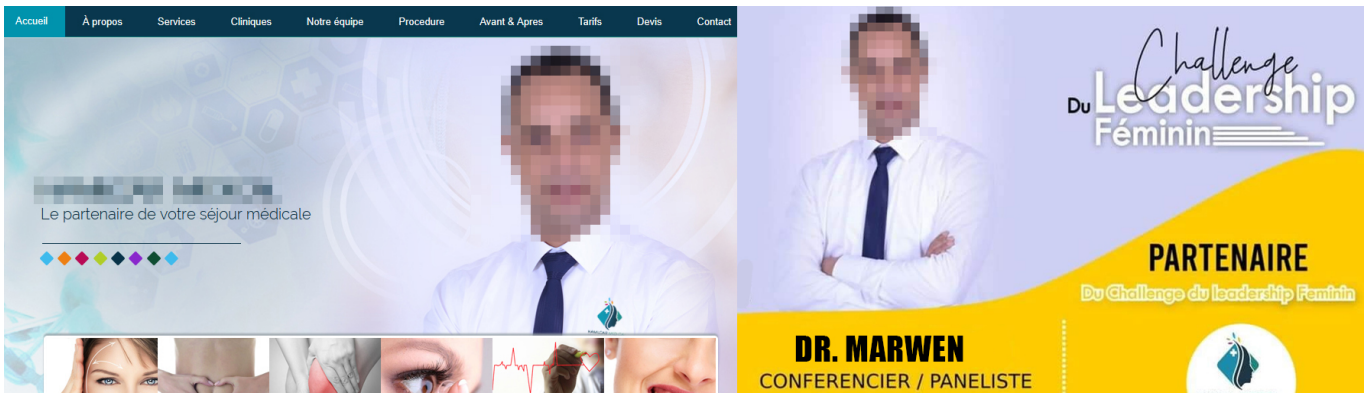


Figure 42 – (1) Extrait de la page d'accueil du site Internet de l'agence de Marwen, (2) visuel partagé sur la page Facebook de son agence en novembre 2021[87].

Le cadre commercial mis en place repose sur une logique de consommation personnalisée du soin. Marwen valorise une approche individualisée, centrée sur l'image du corps et la performance chirurgicale, pour attirer des client·es en quête de transformation physique. Son entreprise s'inscrit clairement dans un positionnement haut de gamme, tourné vers des actes spécialisés (chirurgie esthétique, ophtalmologie), avec des montants pouvant atteindre 10 000 dinars. Il facture lui-même ses prestations, percevant une commission proportionnelle, pouvant s'élever jusqu'à 1 000 dinars par patient·e. Mais, malgré ce positionnement en apparence institutionnalisé et segmenté sur le haut de gamme, l'organisation matérielle de son activité est informelle : Marwen ne dispose pas de bureau et travaille exclusivement depuis son téléphone. Lors de notre entretien, il me montre comment il gère simultanément deux appels, l'un avec une cliente potentielle, l'autre avec le secrétariat médical de la clinique pouvant potentiellement

[87] Le nom a été modifié sur le visuel pour conserver l'anonymat.

l'accueillir, illustrant sa fonction de relais central dans le parcours de soins de ces nouvelles patientèles internationales.

Ce type d'agent incarne une reconfiguration récente de l'intermédiation dans le champ médical capitaliste. Issus de trajectoires sociales distinctes de celles des premiers *samsars*, souvent plus diplômés, plus mobiles socialement et issus de classes moyennes supérieures, ils ne revendiquent pas un rôle informel et s'efforcent de formaliser leurs pratiques. Leur légitimité principalement de leur réseau, mais aussi de leur maîtrise des codes de communication et de consommation du soin contemporain. En cela, des profils comme Marwen mobilisent une forme particulière de capital médical, notamment auprès des patient·es en exploitant les codes de la médecine sans en posséder formellement les diplômes ou l'expertise concrète. L'avènement de ces sociétés unipersonnelles signale ainsi une dynamique d'institutionnalisation partielle du secteur de l'intermédiation médicale, bien qu'elle repose sur des logiques a priori similaires. À l'instar de Marwen, leurs fondateurs se situent à la croisée de plusieurs mondes sociaux : celui du management, du soin, de la communication numérique et de l'entrepreneuriat. Leur trajectoire illustre la manière dont des agents périphériques peuvent, en se saisissant des « vides » institutionnels tant publics que privés et en mobilisant les capitaux différemment, recomposer les hiérarchies internes au champ et revendiquer une position plus centrale, bien que toujours fragile.

Conclusion de section

Cette dernière composante marginale du champ met en lumière un ensemble d'agents dont l'accès à l'espace médical capitaliste repose moins sur une qualification formelle ou une insertion institutionnelle que sur un agencement particulier de capitaux sociaux et culturels. Si la reconnaissance symbolique des ambulanciers tunisiens demeure relativement stabilisée dans le champ, les autres figures étudiées (logeurs informels, *samsars* et entrepreneurs unipersonnels) occupent des positions beaucoup plus précaires, bien que leurs services soient structurellement nécessaires à l'organisation de la mobilité médicale à Sfax. Ces trajectoires permettent d'observer deux mouvements concomitants. D'une part, la hiérarchisation du champ médical capitaliste opère en amont, en sélectionnant les agents sur la base de leur origine sociale, de leur réseau, et de leur capacité à articuler des logiques entrepreneuriales. D'autre part, cette même hiérarchisation reste poreuse : certains agents parviennent à en franchir les frontières, à condition de se conformer à certains codes du marché et à formaliser leur activité, comme le montre le cas de Marwen qui synthétise ces deux logiques. L'informalité n'est donc pas un statut figé, mais un régime symbolique transitoire qui, selon les ressources mobilisées, peut être converti en reconnaissance partielle ou marginalisée durablement.

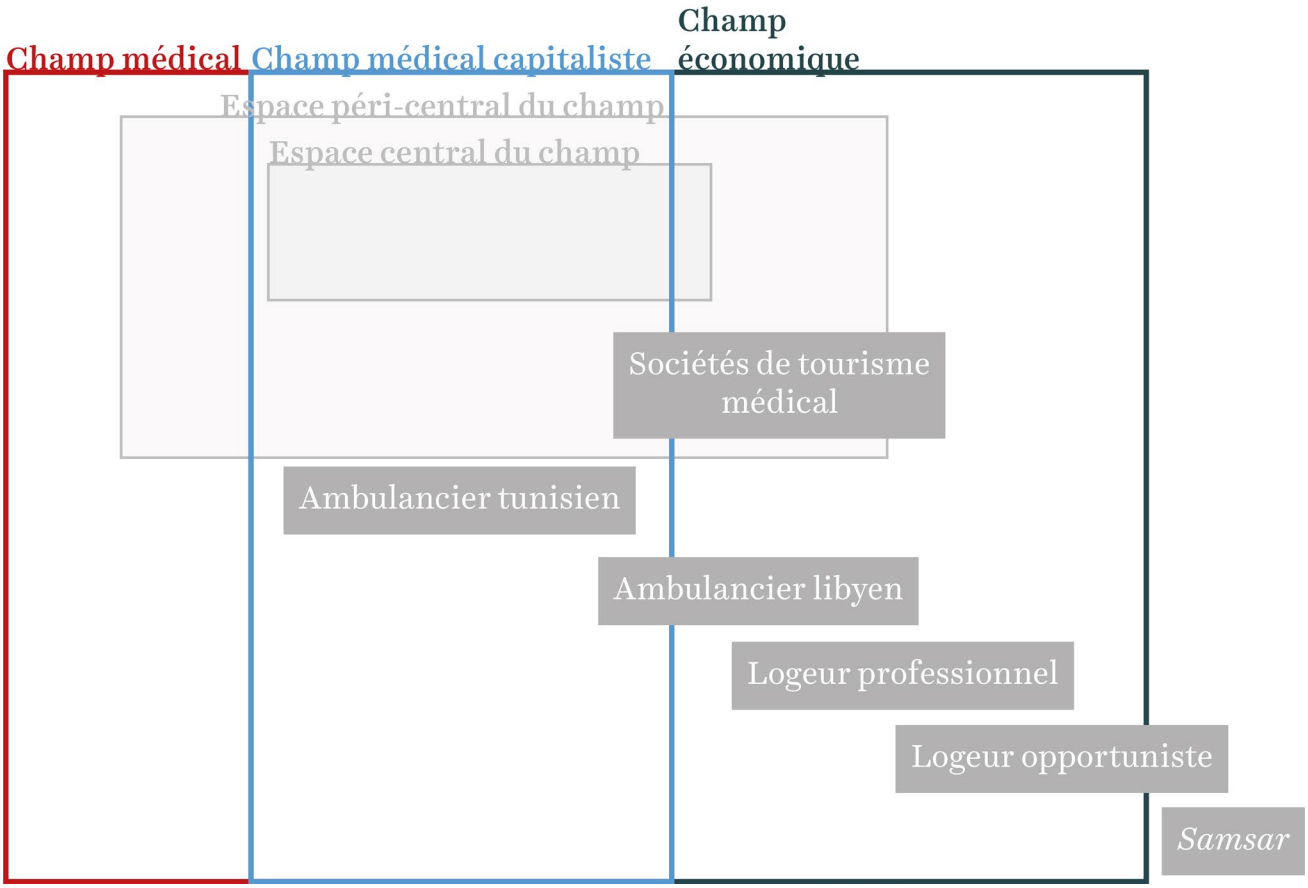


Figure 43 – Schéma des positions marginales dans le champ médical capitaliste. Réalisation : Théo Maurette 2025.

Dans un champ faiblement régulé par l'État et fortement structuré par des logiques marchandes, ces formes d'intermédiation sont à la fois tolérées, instrumentalisées et disqualifiées selon les intérêts des acteurs centraux. Comme le suggère Pierre-Marie Chauvin (2014), l'intermédiaire constitue une figure centrale des économies de marché comme schématisé dans la Figure 43 ci-dessus, notamment dans les contextes où les dispositifs publics sont défaillants ou absents. À Sfax, ces agents occupent les interstices d'un marché de la mobilité des soins qui s'est historiquement constitué en dehors des canaux institutionnels, mais qui participe aussi à l'invisibilisation progressive des figures les plus précaires au fur et à mesure que certaines formes d'intermédiation se professionnalisent. Dans un contexte national marqué par un fort chômage et une informalité économique généralisée, l'entrepreneuriat constitue ainsi à la fois un levier d'insertion dans le champ et un filtre discriminant, renforçant les inégalités sociales à l'intérieur même des marges du capitalisme médical.

Conclusion de chapitre

Ce chapitre a permis d'esquisser une cartographie des principaux agents identifiés durant l'enquête et qui structurent le champ médical capitaliste à Sfax, en les regroupant autour de quatre grands pôles. Ces pôles renvoient moins à des catégories strictement définies qu'à des ensembles de positions relativement cohérentes, traduisant des formes spécifiques d'accès aux ressources, aux institutions, et aux circuits de légitimation du soin. À travers les trajectoires individuelles analysées, on voit émerger un principe de structuration du champ fondé à la fois sur des logiques de distinction verticale (selon le degré de reconnaissance institutionnelle ou professionnelle) et de distinction horizontale (selon la manière dont les agents articulent les ressources issues d'autres champs, notamment économique). La Figure 44 expose ces dynamiques :

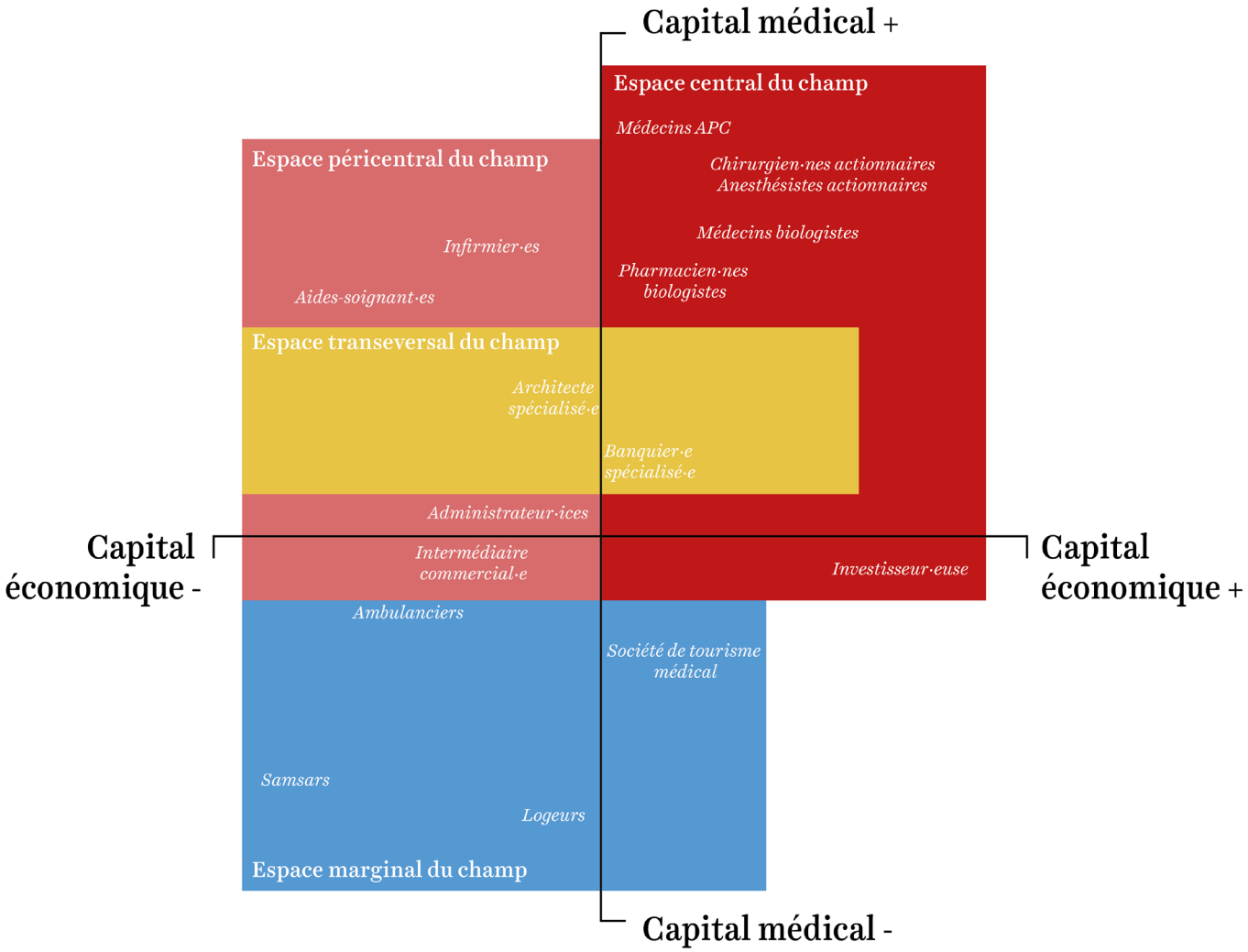


Figure 44 – Espace global des positions dans le champ médical capitaliste sfaxien. Réalisation : Théo Maurette 2025.

Ces positions ne sont pas figées et traduisent le caractère dynamique du fonctionnement du champ : des agents peuvent investir les marges du champ pour en

recentrer progressivement certaines fonctions, comme en témoignent les logiques d'institutionnalisation de l'hébergement ou de l'intermédiation. De la même manière, les médecins centraux du champ adoptent des stratégies d'investissement ou de diversification qui brouillent les lignes entre exercice médical et gestion capitalistique. C'est spécifiquement cette porosité entre les rôles, l'articulation des ressources et les espaces dans lesquels elles sont mobilisées qui participe à la production du champ médical capitaliste.

Il ne s'agit donc pas simplement d'observer une privatisation progressive du soin, mais bien une recomposition des rapports entre État, médecine et marché. Dans ce processus, les ressources publiques, loin de disparaître, sont au contraire mobilisées au profit de logiques entrepreneuriales, selon des modalités typiques des économies néolibérales (Boltanski et Chiapello 2011; Pinson 2020). L'ordonnance médicale, par exemple, conserve sa centralité symbolique et matérielle, tout en devenant un outil d'allocation des ressources au service des agents dominants du champ. Cette configuration permet aux agents les mieux dotés (ceux qui sont situés à l'intersection du champ médical et économique en particulier) d'exercer une domination transversale, renforcée par leur capacité à imposer une vision gestionnaire du soin.

À l'inverse, les agents situés aux marges du champ, qui peinent à accéder à cette légitimité, malgré leur rôle indispensable dans la fabrique quotidienne du système. Leur reconnaissance est conditionnée à leur capacité à formaliser leurs pratiques, à se rapprocher des normes du champ, ou à être cooptés par ses acteurs centraux. C'est là une des contradictions majeures du capitalisme médical : valoriser le discours entrepreneurial tout en marginalisant ceux qui ne disposent pas des appuis sociaux et institutionnels nécessaires pour le traduire en position reconnue. Cette configuration contradictoire est en réalité fonctionnelle : elle garantit le maintien du monopole des acteurs historiquement dominants, tout en autorisant le déplacement des normes, des pratiques et des discours au sein du champ au bénéfice de sa transition capitalistique. C'est à travers ces mouvements que s'opèrent les investissements dans le champ médical capitaliste, et que se dessine la reconfiguration concrète de ses spatialités à Sfax, car le néolibéralisme, dans lequel s'inscrivent ces transformations, ne produit pas seulement une transformation des champs sociaux : il s'agit d'une réorganisation des hiérarchies existantes et d'une restructuration des conditions mêmes de l'accès aux ressources, au pouvoir de décision et à la reconnaissance. Ce processus est donc également spatial. Le capitalisme médical prend forme dans des agencements territoriaux précis, où se combinent des logiques de pouvoir, d'inégalité d'accès aux soins et des structures foncières et institutionnelles locales particulières.

Chapitre 5 – De l'ordre centralisé à la ville standardisée : la production urbaine saisie par le capitalisme médical

Le chapitre précédent a montré comment le champ médical capitaliste s'est structuré, en Tunisie et à Sfax, à l'interface entre un champ porté par l'État et son interpénétration progressive avec le champ économique. Cette structuration s'inscrit dans une spatialité propre, dont l'ancrage urbain à Sfax suit une double séquence, marquée par les mutations de la planification territoriale à la fin du 20e siècle. Dans un contexte de réformes économiques néolibérales, de croissance urbaine rapide et de reconfiguration autoritaire de l'État, ce chapitre analyse la manière dont la médecine privée s'est d'abord insérée dans un projet urbain hérité de ce que Ray Pahl (1974), qualifie de « managérialisme étatique [88] » soit une forme d'urbanisme technocratique, centralisé, orienté par les priorités nationales et dans lequel les services locaux disposent d'une faible autonomie. Je montre ensuite comment cette médecine privée s'est progressivement émancipée de ce cadre pour s'installer dans la proche périphérie, y trouvant un terrain plus propice à son expansion, tant économique que spatiale.

Dans cette perspective, le projet de Sfax El Jadida, démarré dans les années 1980, constitue le point de départ de l'analyse, en s'inscrivant dans une séquence de planification caractéristique des politiques urbaines fordistes. Selon Max Rousseau (2011), cette urbanisation s'organise autour de trois pôles complémentaires : l'étalement urbain induit par une urbanisation périphérique massive, l'industrialisation comme moteur de croissance, et la modernisation urbaine portée par des aménagements fonctionnalistes et hiérarchisés. À Sfax, ces trois dimensions trouvent des déclinaisons locales qui inscrivent le quartier de Sfax El Jadida dans cette dynamique, en particulier par la rationalisation des espaces et le zonage fonctionnel dont il fait l'objet. Il se situe dans un cadre où l'urbain est conçu comme échelle locale de la régulation fordiste-keynésienne, dans une logique étatique de contrôle centralisé des ressources et de leur allocation. En Tunisie, ce cadre se traduit par la volonté du pouvoir central de convertir progressivement les grands centres industriels du pays vers l'économie tertiaire (Bennasr 2003b; Chouikha et Gobe 2015; Bessis 2019). Comme l'analyse Ray Pahl, ce modèle étatique de gouvernance urbaine correspond à une situation où les acteurs municipaux jouent essentiellement un rôle d'exécution, tandis que les leviers stratégiques

[88] *State managerialism* en anglais dans le texte.

restent aux mains du pouvoir central. La ville est alors conçue comme un support neutre de redistribution et non comme un lieu d'initiative ou d'ajustement local.

Or, cette centralisation a laissé place à des effets d'appropriation non anticipés. À mesure que les usages prescrits montraient leurs limites, les agents du champ médical capitaliste alors naissant durant les années 1990 ont progressivement investi le quartier, le détournant en partie de ses fonctions initiales pour en faire une centralité médico-urbaine. Ce processus de requalification, fondé sur la concentration des activités, la valorisation foncière et l'adaptation du bâti, a transformé Sfax El Jadida en pôle structurant pour la médecine privée, sans planification explicite. Le capitalisme médical s'est ainsi consolidé non pas contre la planification, mais dans les espaces qu'elle a ouverts et peu régulés, ce qui a permis la capitalisation à partir des ressources collectives produites par cette planification. Cette situation permet de réinterroger la typologie de Pahl : le modèle étatique n'est pas figé, il peut servir de tremplin à des logiques d'accumulation qui renforcent le pouvoir des agents capitalistes au sein de la ville. Comme l'ont suggéré plus tard David Harvey (1989) et Max Rousseau (2011), ce glissement opère vers ce que ces auteurs ont qualifié « d'entrepreneurialisme urbain », qui ne se joue pas uniquement dans une rupture, mais souvent dans une continuité : Sfax El Jadida a servi de catalyseur à une transformation des pratiques spatiales de l'économie capitaliste, qui a ainsi pu renforcer son contrôle sur l'organisation urbaine.

La seconde partie du chapitre montre que cette dynamique s'est précisément traduite par un processus d'expansion progressive hors de Sfax El Jadida. À partir des années 2010, les logiques médico-capitalistes se déplacent vers la proche périphérie sfaxienne, notamment le long des radiales comme Gremda ou Lafrane, zones historiquement investies par les activités économiques de la bourgeoisie locale. Ce déplacement marque une transition spatiale du capitalisme médical, non pas par la transformation du quartier central, mais par la requalification d'autres espaces urbains. Ces extensions traduisent un basculement vers une production urbaine plus spéculative et libéralisée, marquée par l'émergence d'un marché immobilier médicalisé, où les normes professionnelles de la médecine s'imposent comme moteur de la standardisation urbaine et de la captation de la rente foncière.

Il s'agit de montrer comment la médecine capitaliste, initialement dépendante de l'urbanisme autoritaire, devient un opérateur de production urbaine. L'analyse ne se place pas du point de vue de la gouvernance urbaine ou de la décision publique, dans la tradition de la littérature mobilisée ici, mais s'attache à décrire les opportunités rendues possibles par cette régulation en recul, et à la manière dont les pratiques du champ médical capitaliste s'y sont progressivement imposées. Ce qui relevait initialement d'effets marginaux de l'absence de régulation est ainsi devenu un standard de développement des produits immobiliers et de requalification des espaces urbains. À travers l'étude de ces formes bâties et de leur localisation, le chapitre met en lumière la manière dont se reconfigure, dans l'espace urbain, le pouvoir du capitalisme médical.

A – Du cabinet au quartier : Sfax El Jadida, une centralité médicale sous impulsion autoritaire

Les cabinets médicaux constituent la première infrastructure du capitalisme médical sfaxien. Bien avant l'émergence des cliniques privées et des formes intégrées de coopération médico-immobilière, ce sont ces équipements qui ont d'abord conditionné l'implantation spatiale de la médecine libérale. Le quartier de Sfax El Jadida en a été le principal théâtre. Ce quartier planifié dans les années 1980 pour accueillir commerces, logements modernes et équipements publics a vu, à partir des années 1990, une concentration exceptionnelle de professionnels de santé libéraux. En 2022, j'y ai recensé 946 cabinets médicaux et dentaires[89], soit plus de la moitié des 1 803 praticiens en exercice libéral dans tout le gouvernorat de Sfax[90]. À ces cabinets s'ajoutent quatre polycliniques privées et un grand nombre de pharmacies ainsi que de laboratoires d'analyses et d'imagerie médicale, confirmant le rôle central du quartier dans l'économie de la santé.

Cette centralité médicale ne résulte pourtant pas d'une planification pensée pour répondre aux besoins du secteur. Loin d'avoir été imaginé comme quartier médicalisé, Sfax El Jadida relevait d'un projet d'aménagement moderniste hérité du paradigme d'aménagement urbain national : il s'agissait de maîtriser l'étalement urbain, de promouvoir une offre résidentielle et commerciale nouvelle et d'incarner l'image d'une ville moderne, rationnelle, tournée vers la consommation et devant accompagner l'émergence d'une classe moyenne après un demi-siècle d'industrialisation (Bennasr 2003b). C'est dans les interstices de ce projet, dans les marges non anticipées du zonage, mais aussi dans le recul de l'état en matière de planification que le capitalisme médical a trouvé un terrain favorable à son expansion.

Cette première section revient sur cette trajectoire paradoxale, dans laquelle un urbanisme autoritaire et centralisé a involontairement permis l'émergence d'une centralité médico-capitaliste. Elle s'organise en quatre temps : je commence par décrire les principes et ambitions de la planification d'État ayant présidé à la création de Sfax El Jadida et ses résultats en termes de forme, avant de montrer comment les cabinets médicaux ont progressivement recomposé le quartier comme centralité informelle. Cela permettra d'analyser ensuite la manière dont les contraintes foncières ont produit une verticalisation typique du tissu urbain, avant d'interroger le lent déclin d'un quartier désormais dépassé par les dynamiques périphériques et ouvertement décrié par les agents dominants du capitalisme médical.

[89] Voir chapitre 3.
[90] Donnée du Conseil régional de l'Ordre des médecins (CROM)

1 – L'idéal d'une planification d'État et autoritaire

Dans les années 1980, l'État tunisien faisait face à d'importants enjeux de régulation urbaine. Alors que la part de la population urbaine ne cessait de croître, l'industrialisation s'ancrant durablement dans le paysage économique national, l'État poursuivait la mise en œuvre de politiques d'aménagement volontaristes. Comme l'a montré le chapitre 2, cette période est marquée par la planification de vastes opérations de logements, destinées à accompagner l'urbanisation rapide et à encadrer l'installation des classes populaires. En parallèle, la montée en puissance du secteur tertiaire et la libéralisation progressive de l'économie ont mobilisé les outils de la planification au profit de quartiers nouveaux ou renouvelés, conçus pour répondre aux enjeux économiques, commerciaux et symboliques de la fin du 20e siècle (*Ibid.*). Ces projets visent notamment à développer des espaces de bureaux, des zones commerciales, des équipements publics, des logements collectifs modernes et une nouvelle organisation de la circulation automobile. Pierre-Arnaud Barthel (2003) montre comment, à Tunis, le projet des Berges du Lac, en périphérie du centre colonial, incarne ce tournant. Particularité notable de ces projets caractéristiques de l'urbanisme au Maghreb dans cette seconde moitié de siècle : ces projets, tout en étant planifiés par un État autoritaire et hypercentralisé, sont financés par des capitaux issus des pays du Golfe, notamment d'Arabie saoudite.

Ce paradigme d'aménagement s'inscrit pleinement dans le modèle du « managérialisme d'État », tel que défini par Ray Pahl (1974), où le contrôle sur les ressources locales est exercé par les autorités centrales via des agences et bureaux d'études centraux, laissant aux instances locales une marge de manœuvre très limitée. Il s'agit bien ici d'une gestion technocratique et descendante des espaces urbains, réalisés sur la base d'études documentées principalement statistiquement. En 1983, la Société tuniso-séoudienne d'investissement et de développement[91] présente un plan d'aménagement pour la « zone des Martyrs », rebaptisée Sfax El Jadida (« la nouvelle Sfax »). La société deviendra une société anonyme à capital mixte[92], la Société d'aménagement de Sfax El Jadida (SASEJ), issue d'une négociation entre l'État tunisien, les administrations locales et des financeurs internationaux. Il s'agissait de requalifier un espace alors occupé par de petites manufactures et un cimetière, au profit d'un programme immobilier d'envergure reflétant une vision moderniste de la croissance tunisienne.

L'opération de déguerpissement s'accompagne d'un récit sur la modernisation de la ville et la restructuration de son tissu économique et social. La modernisation se traduit ici concrètement par la production d'équipements neufs, la relocalisation d'anciens lieux de pouvoir autrefois installés dans le centre colonial, et la création de vastes surfaces destinées au commerce et aux bureaux. Un remaniement important des infrastructures ferroviaires et routières accompagne le projet, avec la mise en place d'une

[91] Actuellement, la *Tunisian Saudi Bank*, la TSB.

[92] L'État et les collectivités y sont actionnaires à hauteur de 17,5 %, les banques constituant la part majoritaire restante.

première ceinture dédiée à la distribution au trafic automobile entre les radiales, autour du centre-ville. Dans une volonté de concilier modernité et inscription dans le patrimoine ancien, Sfax El Jadida a été pensé dans une cohérence architecturale avec la médina (au sud-est) et le quartier de Picville (au sud-ouest). La Figure 45 ci-dessous, extraite de l'étude prospective de 1893 sur la zone des Martyrs, illustre cette ambition : les premiers bâtiments étaient limités à R+4, organisés en îlots autour de cours centrales arborées, et dotés de façades évoquant les remparts de la médina. Cette architecture plurifonctionnelle visait trois objectifs : mêler les usages (logements, bureaux, commerces), s'inspirer du patrimoine architectural local, et anticiper la hausse du trafic par l'intégration du stationnement en sous-sol. Le plan masse réservait aussi une place importante aux circulations piétonnes et aux espaces verts, le long des voiries et dans les cœurs d'îlots. Les îlots sont découpés en surfaces relativement égales, dans une logique rationnelle de maîtrise des coûts de leur viabilisation et permettant de conserver une certaine adaptabilité fonctionnelle selon les usages réels du quartier.

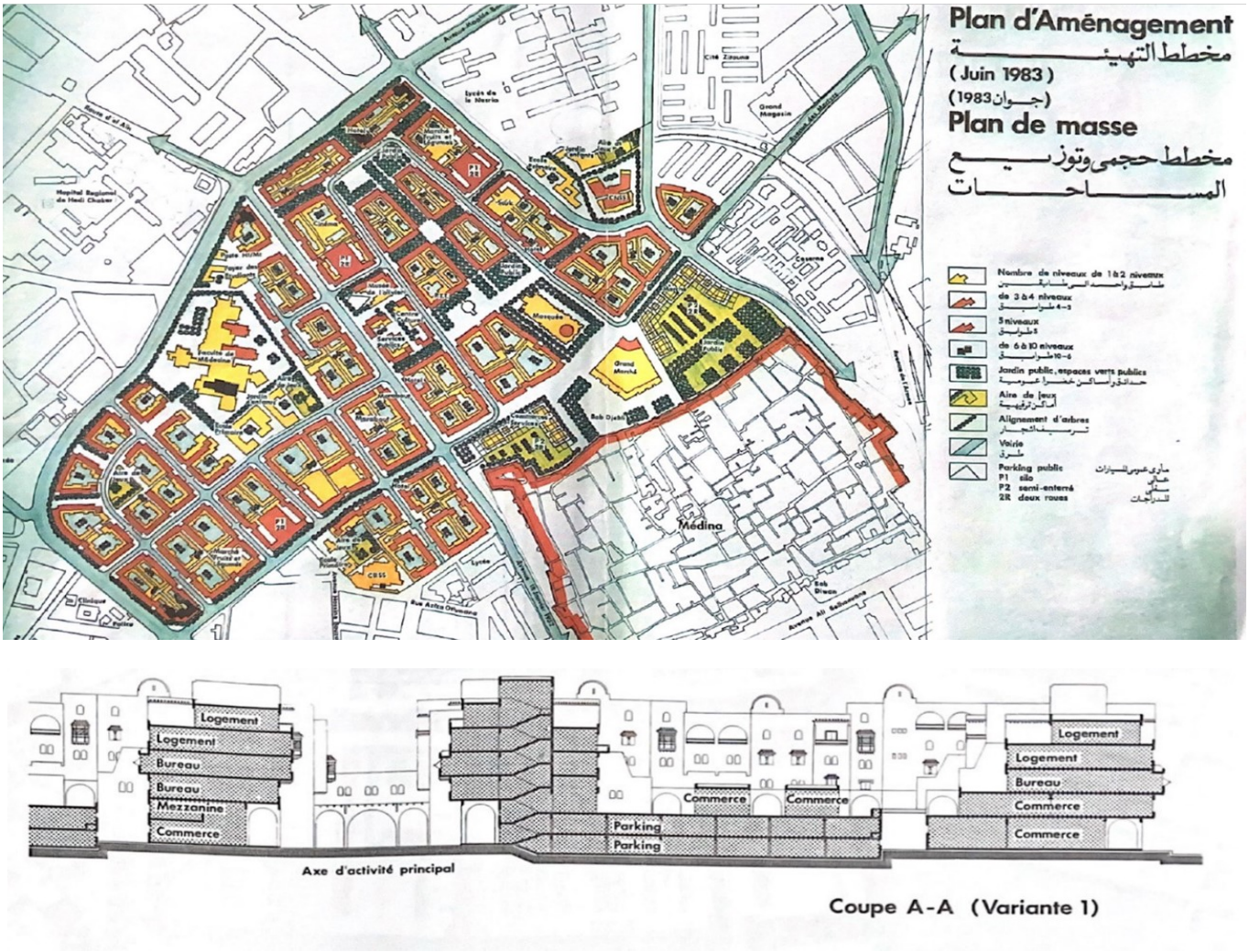


Figure 45 – Plan masse du projet d'aménagement de Sfax El Jadida et coupe illustrant la structure du bâti. Source : étude prospective sur la zone des Martyrs (BTS 1983)

Dès les premières constructions, les ambitions initiales sont partiellement revues à la baisse. Les centres commerciaux Arwika et Palmarium, construits entre 1993 et 1997 au croisement de l'avenue du 14 Janvier et de l'avenue des Martyrs, visibles dans la Figure 46 ci-dessous, témoignent d'un certain respect des principes architecturaux initiaux, mais aussi d'un recul net de la place accordée aux circulations douces et aux espaces verts, sacrifiés au profit des surfaces commerciales. Selon les responsables de la SASEJ[93], ces ajustements répondaient à la dynamique commerciale très forte de Sfax, qui rendait le programme initial obsolète. Toutefois, ces premières opérations maintiennent un équilibre entre fonctions commerciales, bureaux (aux deux premiers étages) et logements (aux niveaux supérieurs), tout en marquant des compromis importants avec les plans initiaux, notamment en termes de stationnement. Le stationnement y est ainsi linéaire, le long de la voirie, seul le centre Arwika dispose de stationnements souterrains. Ces programmes se distinguent aussi par leur emprise, assez importante, sur un foncier alors encore relativement accessible. Pour référence aux projets détaillés plus loin, le centre Palmarium dispose de 13 000 m² de surface de plancher sur un terrain de 4 200 m², soit un Coefficient d'utilisation foncière (CUF[94]) de 3,10.

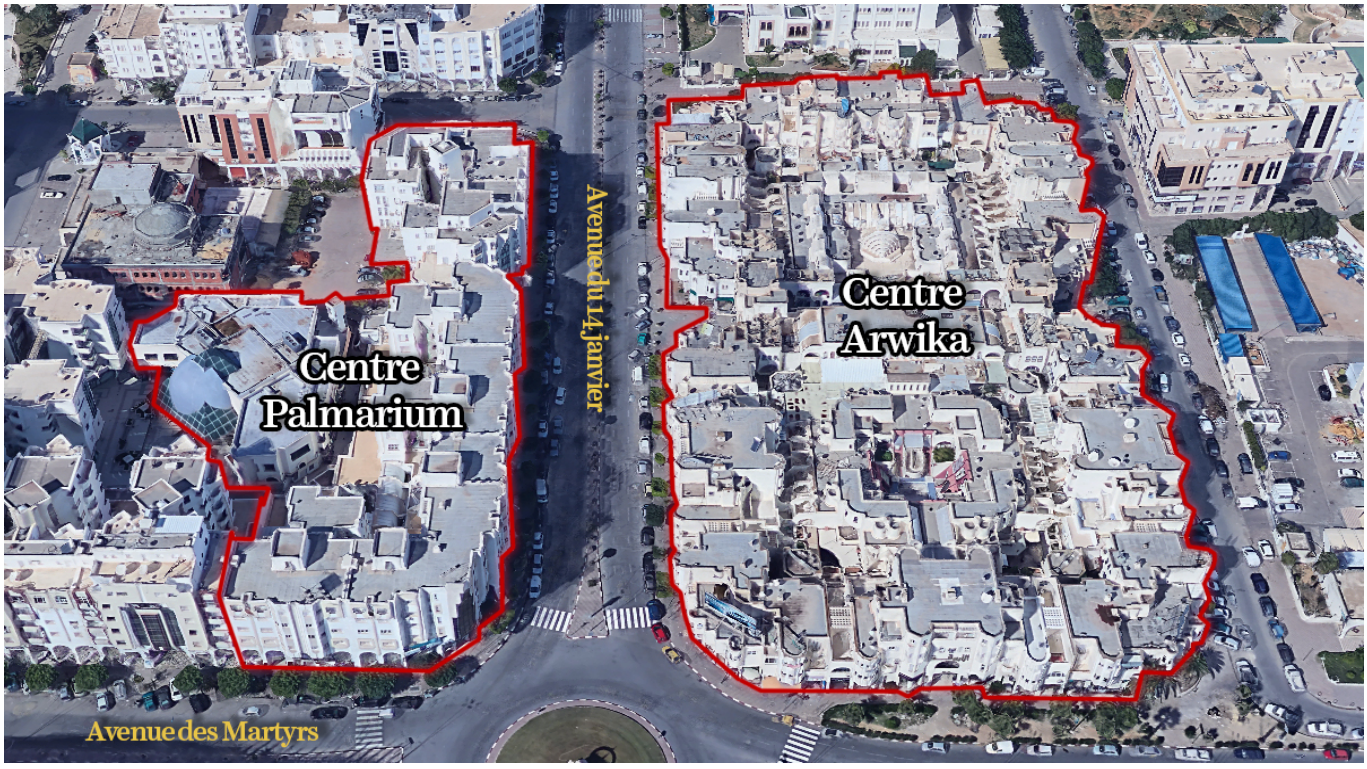


Figure 46 – Situation des centres Palmarium et Arwika le long de l'avenue du 14 Janvier à Sfax El Jadida. Source : Photogrammétrie Google maps 2014.

[93] Entretien n° 50 avec Haitem le 5 mai 2022 à Sfax.

[94] Le PAU tunisien emploie le terme de Coefficient d'utilisation foncière (CUF) pour désigner la somme des surfaces bâties rapportée à la surface du terrain et le terme de Coefficient d'occupation des sols (COS) pour la surface projetée au sol des constructions rapportées à la surface du terrain.

Toujours selon les dirigeants de la SASEJ, à partir des années 2000, la dynamique change : dans la partie est du quartier, notamment le long de l'avenue de Carthage, on assiste à une densification rapide sur des emprises foncières de plus en plus contraintes, dans un contexte croisé de flambée des prix et de tarissement des ressources collectives dédiées à la viabilisation. Pour soutenir ses capacités d'investissement, la SASEJ, dont le capital est majoritairement privé, adopte une logique plus spéculative. Cette inflexion se manifeste dans la hauteur des bâtiments (R+8 à R+9 en moyenne), la disparition des références patrimoniales, et l'adoption de styles inspirés de l'architecture panarabique contemporaine. Un responsable de la SASEJ assume cette évolution : il s'agissait selon lui de répondre aux attentes d'investisseurs étrangers, séduits par ces démonstrations de style architectural. Le stationnement devient un problème majeur, compensé en partie par la construction d'un parking silo et des sous-sols, mais qui sont jugés insuffisants face aux besoins. Parmi ces projets, l'immeuble Ribat El Medina illustre ce changement d'échelle : avec 18 000 m² de surface de plancher sur une emprise de 3 500 m², soit un CUF de 5,1, il marque une rupture avec les normes du quartier sud. Cette densification traduit une transition dans les formes urbaines, dominées de plus en plus par les logiques marchandes.

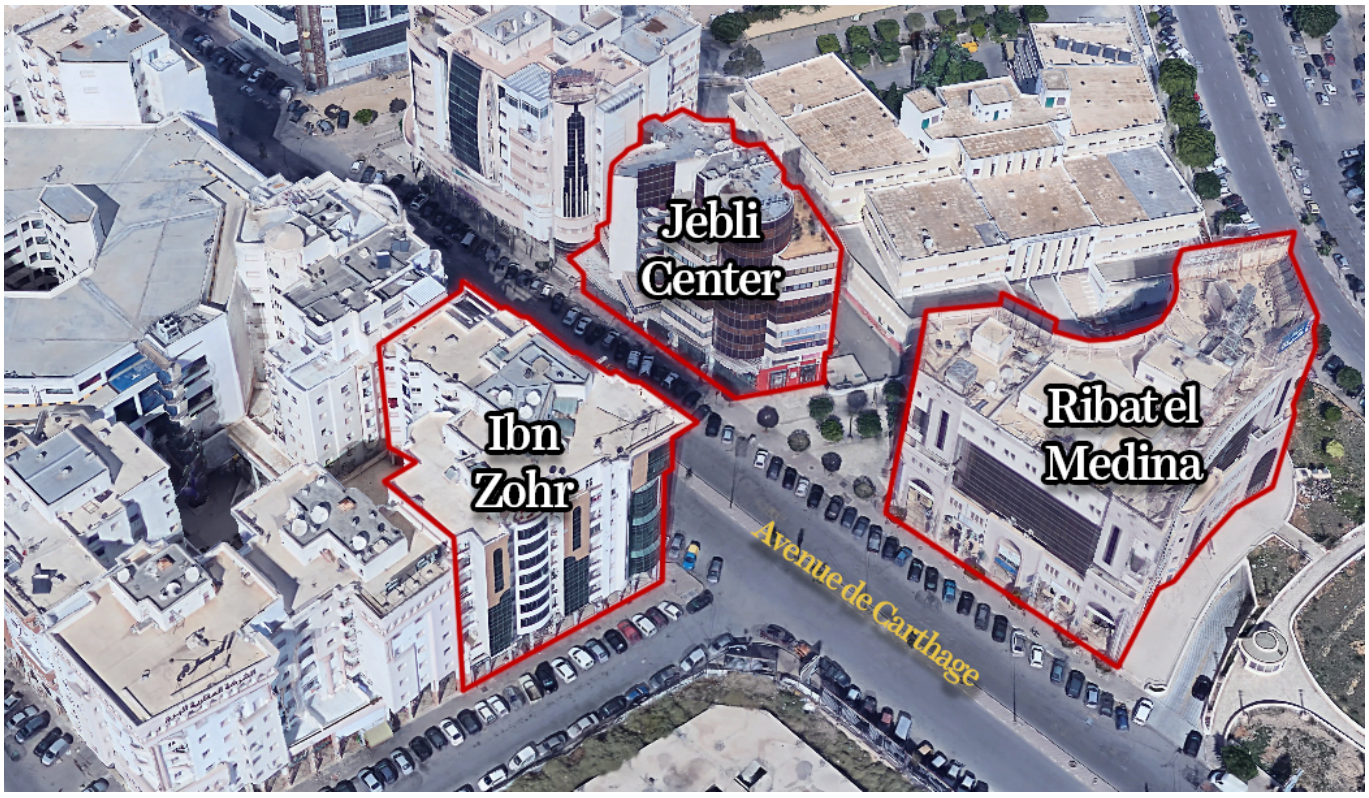


Figure 47 – Situation des centres Jebli, Ibn Zohr et Ribat el Medina le long de l'avenue de Carthage à Sfax El Jadida. Source : Photogrammétrie Google maps 2014

Ce qui devait être un idéal de planification étatique a été progressivement subordonné aux dynamiques du marché, que le planificateur public lui-même a dû intégrer pour assurer la faisabilité du projet. Ce retournement illustre une tension structurante

dans la suite de ce développement : dans un contexte de raréfaction des ressources publiques et de pression foncière croissante, les instruments de la planification centralisée ont fini par nourrir les logiques spéculatives qu'ils étaient censés encadrer. C'est dans cette trame urbaine, entre pilotage autoritaire et dérives marchandes, qu'émergent les premiers foyers de concentration du soin privé dans Sfax El Jadida, ouvrant la voie à la montée en puissance du capitalisme médical.

2 – L'émergence des centres médicaux : une centralité portée (en partie) par la médecine

Loin de répondre aux attentes initiales d'attractivité pour les capitaux étrangers, c'est le capitalisme médical qui s'est progressivement emparé des espaces urbains de Sfax El Jadida. À partir des années 2000, les cabinets de médecine libérale, les laboratoires, les centres d'imagerie et les professions paramédicales ont progressivement recomposé la morphologie fonctionnelle du quartier, en suivant les opportunités ouvertes par le bâti existant. Cette appropriation s'est faite sans planification spécifique, mais en s'appuyant sur l'infrastructure héritée de cet urbanisme moderniste dont les formes ont été détournées de leurs fonctions résidentielles et commerciales initiales.

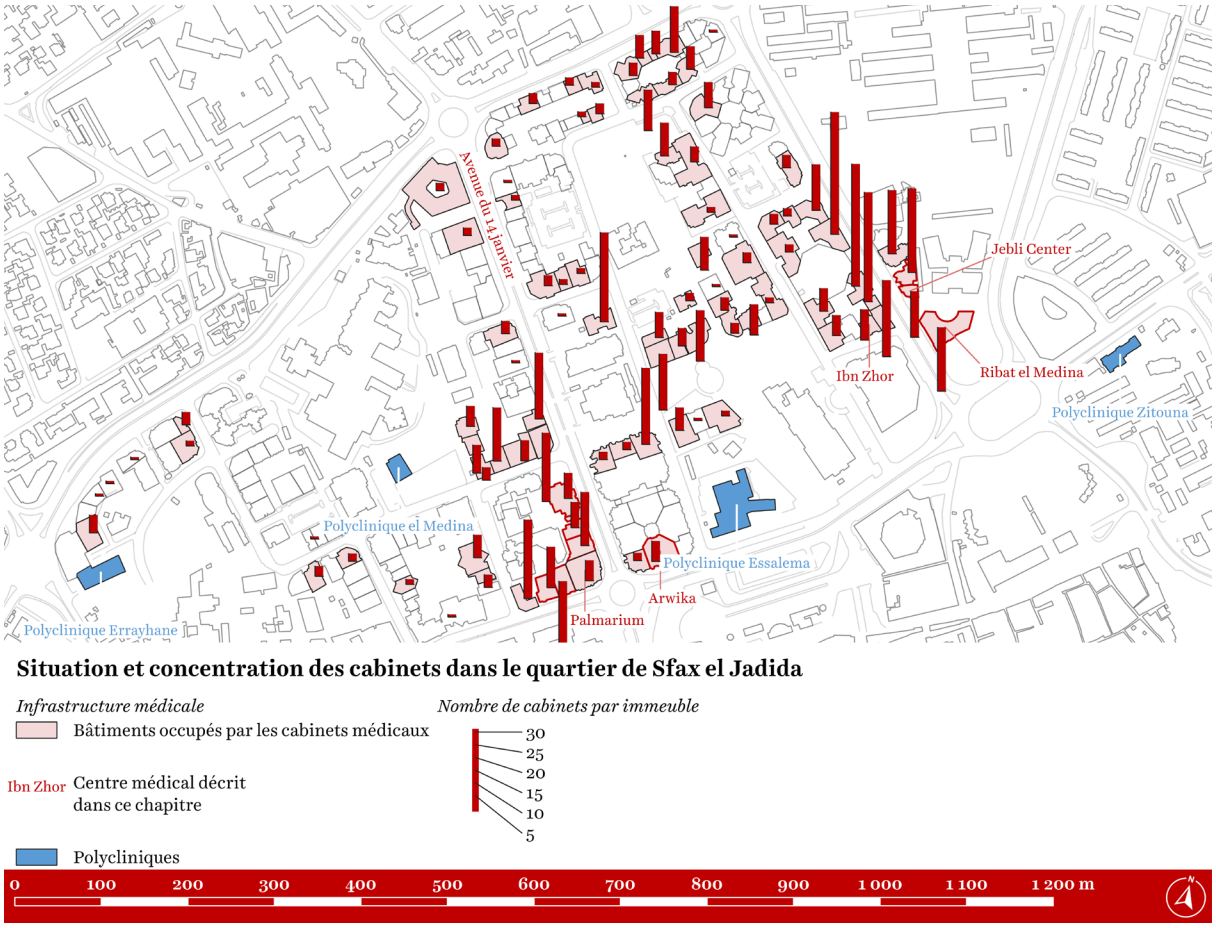


Figure 48 – Carte de la concentration des cabinets médicaux dans le quartier de Sfax El Jadida en 2022. Source : relevé de terrain (voir chapitre 3). Réalisation : Théo Maurette 2025.

L'origine des implantations montrées par la Figure 48 ci-dessus n'est pas à chercher du côté d'une politique publique sectorielle, mais dans l'adaptation autonome des professionnel·les du soin à un parc immobilier faiblement adapté à l'habitat, composé de bureaux standardisés et d'appartements facilement convertibles. En rupture avec la ville coloniale historique, jusque-là centre de gravité des professions libérales à Sfax, ces bâtiments se sont révélés être une alternative abordable, moderne, et stratégiquement située à proximité notamment du CHU. Cette recomposition spontanée a ainsi fait émerger, dans les marges de la planification initiale, une centralité médicale non programmée, mais devenue structurante pour le capitalisme médical alors naissant. Sa construction s'est déployée en deux temps : d'abord par un mouvement de déplacement depuis la ville coloniale vers les premiers immeubles multifonctionnels du quartier, puis par une phase de concentration plus dense et visible dans les constructions verticales réalisées à l'est du quartier. C'est ce double mouvement que cette sous-section propose d'analyser.

Le déplacement des professions libérales depuis la ville coloniale

Les cabinets de médecins, mais aussi d'autres professions libérales (comptables, architectes, avocat·es, etc.) ont rapidement identifié dans les immeubles de Sfax El Jadida une opportunité d'installation avantageuse. En effet, les nombreux appartements ou bureaux standardisés proposaient des espaces facilement reconvertibles, à des coûts abordables, ce qui a favorisé leur appropriation par une nouvelle génération de praticien·nes, souvent jeunes. C'est le cas d'Omar[95], médecin, qui s'installe en 1998 dans l'un des immeubles du Palmarium dès l'ouverture du centre.

Description de l'immeuble Palmarium le 14 avril 2022 à 10 h

J'arrive en fin de matinée devant l'immeuble qui ne comporte que 5 niveaux, dont un RDC surplombé d'un entresol qui semble inoccupé. Le style est relativement sobre, en tout cas, pour ce qui tient des matériaux employés. La façade dispose de quelques ornements, qui permettent notamment de masquer la structure par des crénelages au niveau des poteaux de maintien des coursives, et des encadrements de fenêtre enduits de sablages sculptés.

Le bâtiment semble bien entretenu malgré son style déjà ancien. L'entrée se situe entre deux boutiques, et est relativement discrète. En retrait du seuil de porte, une mince bande de béton accueille les plaques professionnelles, qui sont disposées là de manière anomique. Tout autour de l'îlot, je trouve des plaques et publicités disposées dans des configurations encore plus surprenantes, et qui

[95] Entretien n° 3 avec Omar le 14 avril 2022 à Sfax.

témoignent d'une adaptation encore plus marquée à des produits immobiliers qui n'y semblaient pas prédestinés.

J'entre dans l'immeuble dont l'entrée n'est qu'un couloir large et ouvert menant directement à la grande cour au centre de l'îlot. Les montées d'escalier sont situées de part et d'autre et accessibles par des petites portes, entrouvertes. Des plaques sont installées à cet endroit et indiquent la direction de l'escalier. Je monte directement au premier étage, où se situe le cabinet d'Omar. Ici les entrées sont très sobres, puisque les escaliers distribuent des paliers sur lesquels se situent directement les portes. Il fait assez sombre dans cet escalier et je distingue très peu d'éléments de décor et de détails (voir Figure 49 ci-dessous).

Je ne croiserai personne durant cette courte incursion, depuis la rue jusqu'à l'accueil du cabinet. Il règne ici un certain calme, accentué par le faible éclairage des lieux. Tout est très sombre jusque dans le cabinet, qui ne dispose que de petites ouvertures donnant sur la rue côté accueil, et sur la cour côté consultation.



Figure 49 – (1) façade est du centre Palmarium ; (2) Couloir du hall sud du centre Palmarium le 31 mai 2022 à Sfax.

L'installation du cabinet d'Omar est emblématique des reconversions fonctionnelles qui ont marqué le bâti du quartier : un appartement de type S+2 devient cabinet,

articulant un hall d'accueil, une salle de consultation et une salle d'auscultation. Entre 2000 et 2010, les halls d'entrée du Palmarium s'ornent de dizaines de plaques professionnelles. Le recensement mené en 2022 y dénombre 111 cabinets sur l'ensemble de ses bâtiments.

L'observation de cet ensemble permet de dégager des caractéristiques spatiales récurrentes : halls sombres, entrées discrètes, absence de loge de gardien remplacée par une simple présence humaine non institutionnalisée, circulation verticale assurée par peu d'ascenseurs, ornementation sobre. Les plaques sont apposées « tant bien que mal », dans un effort d'intégration aux décors existants (Figure 49-2). Ce cadre spatial modeste, mais fonctionnel est progressivement investi par les praticien·nes, dans une logique de densification adaptative. Le Conseil régional de l'Ordre des médecins (CROM) de Sfax-Sidi Bouzid y transfère ses bureaux au milieu des années 2000, marquant symboliquement cette nouvelle centralité médicale. Adem[96], pharmacien biologiste, installe son laboratoire d'analyses en 2001. Il souligne la rationalité du choix : moindres coûts d'aménagement, modernité du bâti, proximité entre professionnels. Un règlement, imposé par le CROM, limite à deux praticien·nes par spécialité par bloc (montée d'escalier), organisant ainsi une certaine segmentation de l'offre tout en favorisant la proximité interprofessionnelle. Malgré l'absence de vitrines visibles, l'ensemble fonctionne selon une logique de recommandation et de circulation des patient·es. En somme, le Palmarium devient, de fait, un espace médical intégré, par accumulation progressive, et sur la base d'un cadre architectural initialement non dédié à cet usage spécifique. Il constitue le premier pôle de cette centralité médicale émergente, aujourd'hui partiellement dépassé par les dynamiques plus récentes à l'est du quartier.

L'hypercentre médical de l'avenue de Carthage et la convergence avec le marché locatif

À partir du milieu des années 2000, la dynamique de transfert et d'accroissement des activités médicales s'est renforcée dans la partie est de Sfax El Jadida, autour de nouveaux programmes immobiliers plus verticaux. Le Ribat El Medina, le Jebli Center et l'immeuble Ibn Zohr incarnent cette croissance immobilière, devenue l'un des marqueurs de l'extension du capitalisme médical. Plus denses, plus hauts (8 à 10 étages), ces bâtiments ont une emprise au sol plus restreinte, répondant à une pression foncière croissante. Ils reprennent le principe de la mixité fonctionnelle observée plus au sud : des rez-de-chaussée en coursives, des mezzanines pour le commerce de détail, des niveaux de bureaux convertibles et des appartements en étage.

C'est notamment à travers l'immeuble Ibn Zohr que cette logique se donne à voir avec clarté. Dès son rez-de-chaussée, les plaques professionnelles occupent massivement la façade. Les trois premiers niveaux sont intégralement dédiés à des cabinets

[96] Entretien n° 59 avec Adem le 18 mai 2022 à Sfax.

médicaux et paramédicaux, tandis que le centre d'imagerie médicale occupe le rez-de-chaussée. L'ensemble est bien plus clairement investi par les activités médicales, jusque dans les usages et l'organisation des circulations. À l'occasion d'un entretien avec Ahmed[97], médecin exerçant en libéral et dont le cabinet donne sur l'avenue de Carthage, j'ai pu observer en détail l'agencement intérieur de l'immeuble Ibn Zohr et l'emprise totale que la médecine y a prise.

Description de l'immeuble Ibn Zohr le 4 avril 2022 à 11 h 30

L'immeuble Ibn Zohr est situé à l'angle de la rue. Une grande arche dans un style marbré arbore le nom de l'immeuble en lettres dorées, à environ 5 mètres au-dessus de la rue. Son immeuble marque l'angle de la pointe sud de l'avenue de Carthage. Il y a beaucoup d'activité ici. De nombreuses personnes se massent à l'entrée de l'immeuble à cette heure-ci. Comme beaucoup d'autres, je m'arrête un instant devant le mur criblé de plaques indiquant les professionnels y ayant un bureau. Une quarantaine de plaques est répartie sur deux colonnes encadrant l'entrée, dont deux tiers sont consacrés aux seul·es médecins.

Le hall d'entrée pénètre l'immeuble après un porche marbré et carrelé. Il y a une certaine activité et beaucoup de bruit à l'intérieur. Devant les ascenseurs plusieurs personnes sont en attente. Des hommes, mais aussi des femmes, qui n'étaient pas visibles dehors. Je suis incapable de distinguer les accents, mais les styles vestimentaires me laissent présager la présence de nombreux Libyen·nes parmi elles et eux.

Sur la droite, une sorte de fontaine ornementale trône sur un débord en béton du mur. Elle est sèche et quelques déchets sont répandus dedans. Devant se situent quelques débords à hauteur d'assise, sur lesquelles des femmes sont en attente. De nombreuses personnes font des va-et-vient entre l'intérieur et l'extérieur, tenant souvent de grandes pochettes blanches au format A3. Il y a un laboratoire au bout de ce couloir, qui dispose d'une entrée secondaire.

Le cabinet est au premier étage et je choisis de m'épargner l'attente d'un des deux ascenseurs, qui ont l'air petits et rapidement saturés de monde. En bas de l'escalier se situe ce qui semble être la loge du gardien, dont le titre est précisé par une feuille A4. L'escalier marbré monte vers le premier étage avant de céder la place à un second escalier, plus sobre. Des couloirs avec une certaine activité s'en étirent à droite et à gauche. Une porte vitrée garde un second couloir qui

[97] Entretien n° 32 avec Ahmed le 4 avril 2022.

distribue les cabinets médicaux, dont celui de Ahmed. L'intégralité des murs est blanche et il se dégage une ambiance relativement propre et lumineuse.

Les cabinets semblent distribués comme des appartements, avec les noms simplement écrits sur les portes. Cet espace est bien plus calme, personne n'y stationne au contraire du RDC. À l'intérieur, le cabinet est baigné d'une importante lumière qui provient des baies vitrées donnant sur l'avenue. La salle d'attente et la salle de consultation partagent cette même façade, intégralement en structure de verre et aluminium.



Figure 50 – (1) Façade principale de l'immeuble, (2) hall d'entrée avec les ascenseurs, la cage d'escalier et la loge du gardien, immeuble Ibn Zohr le 4 avril 2022 à Sfax.

Les étages supérieurs sont occupés par des logements, dont une part importante[98] relève désormais du marché locatif hôtelier informel, principalement tourné vers la clientèle libyenne. Cette spécialisation témoigne d'une évolution progressive du parc immobilier local vers la reconfiguration des appartements. Les types S+2 et S+3 sont privilégiés, offrant une capacité d'accueil adaptée aux séjours familiaux de courte durée. D'après les professionnel·les rencontré·es, ces logements permettent aux

[98] Difficilement quantifiable, car les loueurs, présentés dans le chapitre 4, peuvent proposer des locations à la nuitée comme à l'année selon la demande et la disponibilité des biens. La saisonnalité de la demande libyenne fait varier fortement les taux d'occupation.

patient·es, souvent accompagné·es, de disposer d'un espace de vie relativement spacieux à un prix abordable. Les loyers journaliers, compris entre 80 et 140 dinars tunisiens (soit environ 25 à 45 euros), varient selon la surface et les services inclus (climatisation, Internet, etc.).

Ce mouvement participe de la spécialisation fonctionnelle de Sfax El Jadida : les praticien·nes y sélectionnent des appartements bien situés (accessibilité, visibilité, choix des étages), mais l'usage médical n'y est pas « clé en main ». Il requiert des réagencements intérieurs, comme m'en a témoigné Mohamed[99] qui a dû abattre une cloison pour réorganiser la redistribution des pièces, créer un espace d'accueil et d'attente. Cette spécialisation vers la médecine repose sur une modularité constructive (trames régulières et construction standardisée en poteau-poutre) qui rend ces conversions peu coûteuses et rapidement réalisables. Ici l'adaptabilité du bâti ne dispense pas d'un travail d'appropriation, elle en facilite grandement la mise en œuvre. Le cadre de régulation évoqué plus haut (notamment limitation à deux praticien·nes par spécialité et par bloc) reste néanmoins un frein à cette concentration, obligeant les médecins à se répartir dans l'ensemble des immeubles du quartier.

Au total, cette phase plus récente de densification et de verticalisation illustre une articulation renforcée entre spécialisation économique, structuration immobilière et transformation urbaine. L'émergence d'une centralité médicale à Sfax El Jadida s'est appuyée sur les potentialités du bâti existant, dont la configuration s'est révélée propice à l'installation de cabinets libéraux. La raréfaction foncière a par la suite favorisé une logique de densification verticale, dans laquelle la médecine libérale a joué un rôle moteur. Cette évolution illustre un glissement vers un managérialisme pluraliste, tel que théorisé par Ray Pahl (*Ibid.*), dans lequel les bureaucraties nationales sont en tension permanente avec les intérêts privés. Dans le cas de Sfax El Jadida, ce qu'il est intéressant de remarquer est le fait que le retrait progressif de l'État de la régulation directe, combiné à l'autonomie grandissante des promoteurs et des professions libérales, a conduit à une forme hybride de production urbaine entre l'adaptation aux plans initiaux et aux contraintes du marché. Si le marché a permis cela, la médecine, qui s'y est bien ancrée comme un moteur de transformation, a d'abord bénéficié d'un cadre favorable et adaptable avant d'y voir des potentiels de rentabilité. Ce n'est que par la suite que l'État, en renonçant à un encadrement rigoureux des usages, a ouvert la voie à ce managérialisme hybride, où les arbitrages se font désormais entre dynamiques spéculatives, des régulations professionnelles relativement peu contraignantes, et le développement des intérêts économiques transnationaux.

[99] Entretien n° 40 avec Mohamed à Sfax le 26 avril 2022.

3 – La verticalisation comme produit des contraintes spéculatives

La dynamique de verticalisation observée dans les immeubles de cabinets médicaux du quartier de Sfax El Jadida touche également les cliniques privées. Dès les années 1980, des cliniques ont été implantées dans ce quartier en devenir, parfois sur des terrains initialement réservés par l'État, à l'image de la clinique Taoufik. Mais c'est surtout à partir des années 2000 que cette tendance s'est amplifiée. Le coût du foncier a rapidement augmenté sur la zone, passant, d'après les témoignages des médecins ayant acquis un cabinet ou investi dans une clinique, d'une fourchette de 150 à 250 DT/m² constructible (environ 140 à 240 €[100]) en 1990 à une fourchette allant de 600 à 1000 DT/m² constructible (environ 300 à 500 €) en 2010.

Les formes architecturales et l'organisation interne des bâtiments ont ainsi été reconfigurées pour répondre aux logiques de densification et aux contraintes imposées par un marché immobilier de plus en plus spéculatif. Ce processus a permis de consolider cette position centrale, tout en intensifiant l'exploitation foncière par la verticalisation. Les équipements sanitaires importants, initialement peu prévus dans la planification du quartier du fait de la présence des deux CHU, incarnent ainsi la manière dont le marché a investi et recomposé les formes urbaines, en imposant ses normes et en adaptant ses besoins aux contraintes de l'espace disponible.

Le quartier comptait cinq cliniques en activité jusqu'à la fermeture de la clinique Zitouna en 2019. La plus ancienne, la clinique Taoufik, construite dans les années 1980 sur fonds tunisiens, a été implantée sur un terrain qui lui a initialement été dédié dans le plan d'urbanisme. Sur les diagnostics de la SASEJ visible en Figure 51 ci-dessous, elle apparaît comme un équipement majeur de la première phase d'aménagement, aux côtés de la faculté de médecine, de la grande mosquée et de la polyclinique du CNSS[101]. Toutefois, les documents d'orientation proposaient déjà sa relocalisation en périphérie, pour libérer son importante emprise foncière au profit d'un îlot emblématique devant symboliser le renouveau du quartier (SASEJ, p.17). Ce déplacement n'a finalement pas eu lieu, et de nouvelles cliniques ont vu le jour dans le quartier : Errayhane (anciennement Ennajda) à la fin des années 1990, de même que Zitouna puis El Medina en 2016.

[100] Valeurs en euro et dinars constants comparés au taux de change en vigueur en 1990, soit 1,05 dinar tunisien pour un 1 euro.

[101] La Caisse nationale de sécurité sociale, qui protège une grande partie des salarié·es du secteur privé en Tunisie. Elle dispose de sa propre clinique à Sfax, d'une capacité relativement contenue et salariant des médecins du secteur public, ce qui l'a rapproché des établissements publics de santé.

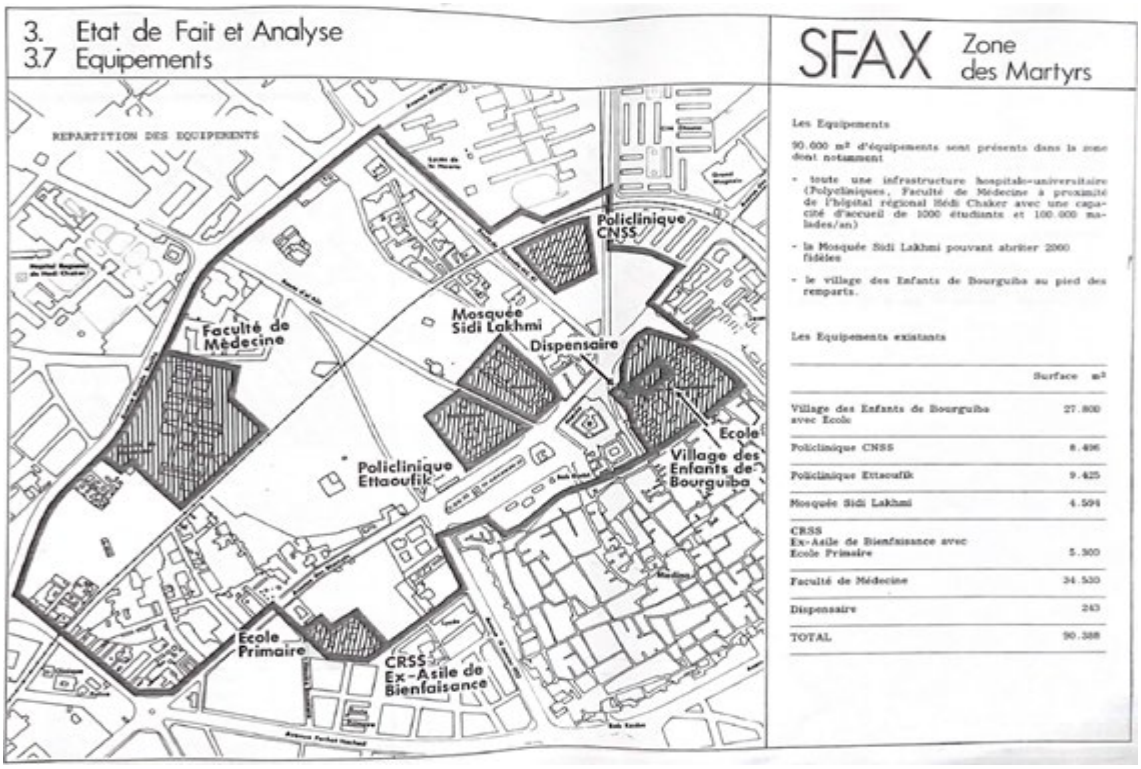


Figure 51 – Plan des équipements projeté du quartier de Sfax El Jadida. Source : étude prospective sur la zone des Martyrs (BTS, 1983)

Cette succession permet de mettre en évidence une transformation progressive du modèle architectural clinique, suivant la même logique d'adaptation aux fortes contraintes qu'ont observée les cabinets. La clinique Taoufik (Figure 52-1 ci-dessous), conçue selon une logique pavillonnaire (Menif Masmoudi 2016), occupe un vaste terrain permettant la séparation des services en bâtiments autonomes. Ce modèle privilégiait une faible densité bâtie, avec une circulation horizontale entre des pavillons séparés afin de limiter les risques de propagation des maladies contagieuses et de faciliter les déplacements des patient·es et du personnel médical sur de courtes distances. Il reposait donc sur une emprise foncière étendue, peu compatible avec la raréfaction progressive du foncier dans le centre-ville. L'émergence du modèle monobloc, symbole typique de l'architecture hospitalière de la fin du 20e siècle, notamment théorisé par l'architecte Henry Bernard et facilité par la généralisation des ascenseurs, a réduit les besoins en surface au sol tout en augmentant les surfaces de plancher. La clinique El Medina (Figure 52-2 ci-dessous), construite en 2016, est bien plus emblématique de cette synthèse architecturale, couplée à la forte contrainte foncière dont ce projet a fait l'objet.

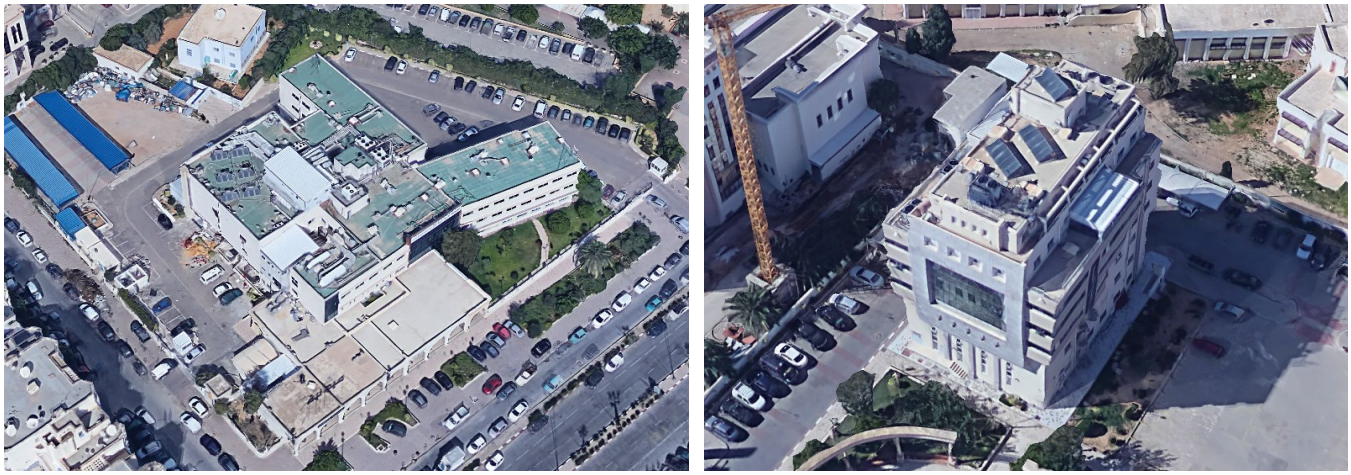


Figure 52 – (1) Emprise au sol et bâti de la clinique Taoufik ; (2) Emprise au sol et bâti de la clinique el Medina. Source : Photogrammétrie Google maps 2014

Ce glissement s'illustre par la comparaison des coefficients d'utilisation du foncier (CUF) relatif à la capacité et à la date de construction :

Nom de l'établissement	Taoufik	Zitouna	Errayhane	El Medina
Année de construction	1984	1990	1996	2016
Capacité en nombre de lits	66	24	76	60
CUF[102]	0,9	1,4	1,3	3,5

Tableau 6 – Comparaison des emprises au sol des cliniques du centre-ville de Sfax. Source : (Rouland, Jarraya et Fleuret 2016), relevé de terrain.

Ces chiffres (Tableau 6) illustrent la tendance à la réduction de l'emprise au sol et à la verticalisation subséquente, sans que le nombre de lits (environ 60-70 lits en moyenne) varie significativement. Ces métriques laissent apparaître une tendance nette : une forte réduction des emprises au sol au fil des ans, pour des surfaces de plancher toujours plus importantes malgré une dimension d'établissement relativement similaire. Il est à noter qu'en fonction des services, le nombre de lits ne reflète pas nécessairement l'activité ni le périmètre d'activité exacte des cliniques, mais il est un indicateur relativement standard de comparaison des dimensions des projets[103].

[102] Le Coefficient d'utilisation foncière compare les surfaces de plancher bâti relativement à la surface du terrain. Un coefficient inférieur à 1 indique une surface plancher totale moins importante que la surface du terrain. Un coefficient supérieur à 1 indique une surface plancher totale supérieure à la surface du terrain. La clinique Errayhane dispose de 1,3 fois plus de surface de plancher que de surface de terrain sur lequel elle est implantée.

[103] Certains blocs comme la maternité ou les centres d'imagerie médicale internes peuvent occuper des surfaces importantes sans faire gonfler le nombre de lits totaux.

L'accroissement du CUF traduit une intensification de l'exploitation foncière, sous la contrainte croissante du marché. En effet, les prix de l'immobilier ont connu une augmentation spectaculaire : les appartements se vendaient entre 600 et 700 DT/m^2 (entre 460 euros et 540 euros) durant les années 1990, contre 2 000 à 2 300 DT/m^2 (entre 375 euros et 438 euros) en 2010. Rapportés en dinars constants entre ces dates, les prix ont presque triplé, signalant à la fois la spéculation et la centralité acquise par le quartier. Tandis que le rapport à l'euro a, lui, largement diminué, ce qui a paradoxalement contribué à faciliter le financement des achats immobiliers depuis des comptes offshore pour lesquels les taux de conversion ont été de plus en plus favorables entre les années 2000 et 2020. C'est notamment ce que rapporte Mohamed[104] qui a pu investir dans son cabinet grâce à l'apport en euros qu'il a accumulé lors de ses années en France, cumulé à une partie de l'épargne de sa femme, de nationalité française.

Les cliniques n'ont donc pas échappé à la logique de densification observée dans les cabinets. Leur localisation est centrale, mais pour la conserver, leur forme a dû évoluer : leur architecture adopte ainsi les normes imposées par les contraintes foncières, intègre les principes d'économie spatiale et s'inscrit dans la dynamique plus large du capitalisme médical. Cette évolution souligne par ailleurs la convergence entre l'évolution spatiale des logiques hospitalières et celles de l'immobilier privé, et montre comment la production urbaine a résulté ici d'un compromis entre accessibilité, rentabilité et spécialisation morphologique du bâti. Elle prolonge et radicalise la tendance déjà observée dans les centres investis par les cabinets médicaux, à l'interface entre une planification défaillante, l'accroissement de l'attractivité marchande et l'adaptation opportuniste à l'évolution des prix du foncier.

4 – Déclin et survie d'un modèle étatiste ?

Les agents interrogés, qu'ils soient installés dans le quartier, impliqués dans sa promotion initiale ou l'ayant désormais quitté, se montrent très critiques envers l'état actuel de Sfax El Jadida, et plus largement du centre-ville de Sfax, incluant la médina et l'ancienne ville coloniale. La responsabilité de ce qui est aujourd'hui observé comme un désordre urbain est en grande partie attribuée à la défaillance du planificateur public et n'est jamais questionnée dans les récits des agents à partir des problèmes induits par la spéculation foncière et le surinvestissement de ces espaces par les activités médicales. Les ambitions initiales de cohérence architecturale, d'harmonie formelle et d'intégration des espaces verts ont rapidement été balayées par la spéculation foncière et l'épuisement financier de la SASEJ. La municipalité, décisionnaire en matière de permis de construire, n'a pas assuré la continuité des plans initiaux qui prévoyaient des densités bien plus faibles que celles observées actuellement, actant de fait le retrait progressif de l'État dans la régulation urbaine qui a trouvé son point d'orgue après la révolution de 2011, puis les réformes de décentralisation qui ont suivi (Bennasr *et al.* 2015).

[104] Entretien n° 40 avec Mohamed à Sfax le 26 avril 2022.

Les formes actuelles du quartier sont marquées par de fortes inégalités de développement, comme l'illustrent les densités variables selon les îlots. Certains, comme le n° 2 situé près de la clinique Errayhane, sont presque entièrement vacants, en dépit des prévisions initiales d'équipements pour enfants et de logements en R+3/4. D'autres, à l'instar des îlots 15 et 16, n'ont jamais été viabilisés, faute de liquidités pour mener à bien les opérations de déguerpissement et d'aménagement. Ce déséquilibre résulte d'une déconnexion croissante entre la planification initiale et les réalités marchandes, qui ont poussé la dynamique urbaine à se concentrer dans la partie est du quartier. Prévu pour accueillir majoritairement des bureaux, le quartier a également vu se multiplier les logements et les équipements de santé privés, en réaction aux signaux du marché.

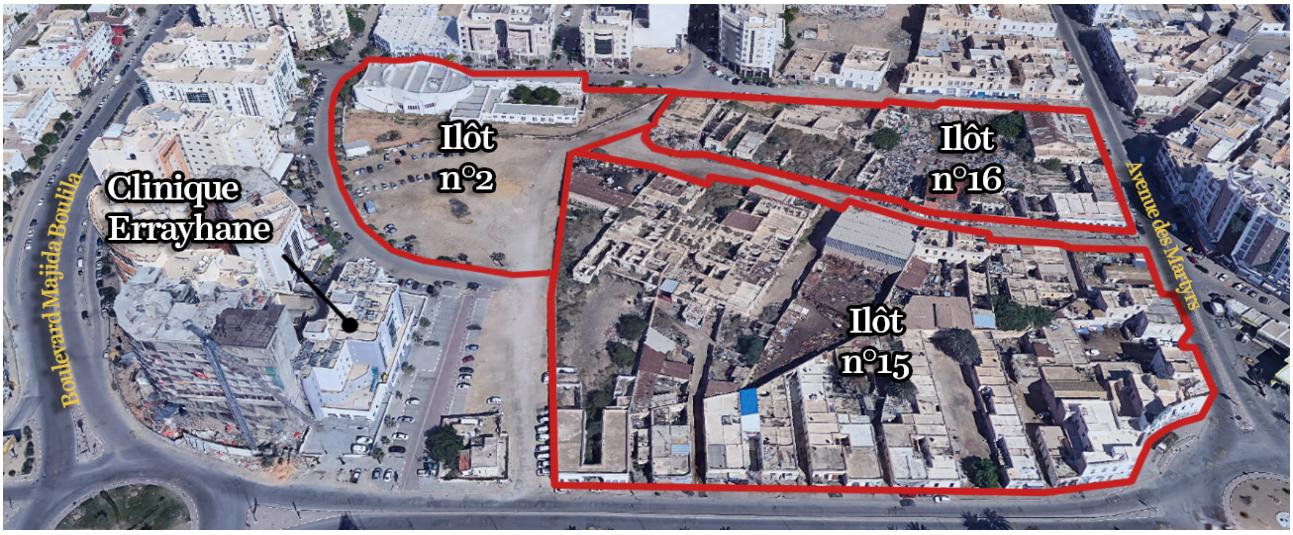


Figure 53 – L'îlot 2 viabilisé, mais non bâti depuis plusieurs décennies, les îlots 15 et 16 dont les activités sont encore celles du siècle passé entremêlées à des espaces de dépôt sauvage. Source : Photogrammétrie Google maps 2014.

Les difficultés d'accessibilité sont un autre facteur important de désaffection du quartier. Comme le souligne Omar[105], médecin installé au Palmarium, aucun aménagement n'a anticipé la spécialisation médicale du quartier. À l'heure actuelle, les personnes en situation de handicap peinent à se déplacer dans des immeubles sans normes d'accessibilité, où les entrées, les pentes et les équipements varient d'un immeuble à l'autre. Les espaces semi-publics, résultant d'une individualisation des opérations immobilières, sont désynchronisés des espaces publics et contribuent à la fragmentation du tissu urbain.

> ***Omar** : Tout est spontané ici, parce que personne ne prévoyait que Sfax El Jadida serait ça. Il y avait pas mal de cabinets à Bab Bhar avant qui ont déménagé ici. On peut parler de pôle santé maintenant, c'est vrai. Mais malheureusement, comme vous avez demandé, c'est spontané, et rien n'a été fait pour penser comme un pôle santé. Personne*

[105] Entretien n° 3 avec Omar le 14 avril 2022 à Sfax.

> *n'a parlé d'accessibilité, je suis médecin, j'ai moi-même un cabinet ici. Quand on reçoit quelqu'un avec un handicap, il a des difficultés à se déplacer.*

Dans le prolongement de cette réflexion, la circulation automobile constitue un problème structurel majeur. Situé au centre de toutes les artères principales de Sfax, le quartier de Sfax El Jadida absorbe un trafic interradial important. Aux heures de pointe, la congestion rend la zone difficilement praticable, notamment pour les patient·es et les professionnel·les de santé alternant entre cliniques et cabinets et les ambulances. Cette saturation affecte également l'image du quartier : pollution, bruit et stationnements chaotiques dégradent la qualité d'usage, renforçant le sentiment de déclin urbain.

Les critiques envers l'État tunisien s'ancrent dans une perception plus globale de désengagement. Planificateur dirigiste dans les années 1980, l'État est aujourd'hui accusé de n'avoir ni soutenu la cohérence foncière ni assuré un rôle d'arbitre dans l'évolution du quartier. Ces discours doivent aussi être replacés dans le contexte postrévolutionnaire tunisien, marqué par la libération de la parole publique, mais aussi une reconfiguration des rapports de pouvoir entre les institutions centrales et les élites locales[106]. Le rapport historiquement conflictuel entre l'État tunisien et la bourgeoisie sfaxienne, abordé dans le chapitre 2, semble aujourd'hui renversé : la désétatisation de la planification urbaine a permis aux logiques de rente foncière de s'imposer, et au capitalisme médical d'esquisser une production urbaine selon ses propres normes.

Cette situation offre une illustration concrète du modèle pluraliste proposé par Ray Pahl (1974), selon lequel l'urbanisme dans les économies mixtes est structuré par une tension permanente entre bureaucraties nationales cherchant à redistribuer les ressources (parfois selon leur propre logique de croissance) et intérêts capitalistes locaux, souvent relayés par les promoteurs et les partis politiques représentant les classes dominantes. Dans le cas de Sfax El Jadida, cette tension n'a pas produit de compromis institutionnel stable : le désengagement progressif de l'État tunisien a laissé place à une gestion urbaine hybride et déséquilibrée, où les opérateurs privés ont imposé leurs logiques spéculatives dans un vide régulateur sans prendre en charge la gestion commune des espaces. Le quartier en garde les stigmates : fragmentation foncière, inégalités d'accessibilité, densification anarchique, et dérive des fonctions urbaines vers les usages les plus rentables.

[106] Des configurations qui évoluent de nouveau depuis le renfermement du pouvoir autour du président Kais Saïd en 2021, mais qui transparaissaient peu dans les récits évoquant le temps long de l'aménagement.

Conclusion de section

L'analyse de la trajectoire du quartier de Sfax El Jadida montre comment une planification urbaine centralisée, initialement conçue comme vecteur de modernisation, a créé les conditions d'émergence d'une centralité médicale qui était étrangère à sa planification initiale. Les premiers développements du capitalisme médical se sont appuyés sur les formes urbaines rendues disponibles par cet urbanisme fonctionnaliste propice aux reconversions, avant de s'intensifier dans une phase de densification dominée par les contraintes du marché foncier. Ce processus décrit un glissement progressif d'un managérialisme d'État vers une forme pluraliste de gouvernance de la production urbaine, où les intérêts privés prennent progressivement le pas sur les orientations publiques. Celle-ci est analysée ici au travers de ses effets concrets, à partir des récits et formes produites principalement par les agents du marché.

Dans ce cadre, les cliniques et cabinets médicaux n'ont pas seulement trouvé leur place dans le quartier : ils en ont reconfiguré les formes et les usages, accompagnant la dynamique de verticalisation et de spécialisation des espaces. Ce que les institutions publiques n'ont pas anticipé (la transformation du quartier en pôle de santé privée) a été rendu possible par la flexibilité architecturale du bâti, son inadéquation aux usages initialement prévus, son accessibilité relative, et la proximité du CHU dans un contexte de demande croissante de soins privé en particulier nourri par la patientèle libyenne. Plutôt qu'un remplacement des logiques de la planification par les logiques du profit, il s'agit d'une dynamique conjointe : une planification productrice d'infrastructures et de centralité, mais faiblement régulée, a offert le terreau sur lequel des logiques d'opportunité et d'adaptation ont pu prospérer et se convertir en stratégies de profit. Cette trajectoire confirme le modèle pluraliste de Ray Pahl (*Ibid.*), selon lequel les économies urbaines mixtes sont traversées par des tensions structurelles entre bureaucraties d'État et intérêts privés. La centralité de Sfax El Jadida n'a pas résulté d'un compromis politique, mais d'un retrait progressif de l'encadrement public, qui a laissé le champ libre à des logiques de réallocation marchande. Le quartier, pensé comme un emblème de la ville moderne, devient ainsi un espace d'opportunité, où le capitalisme médical a pu croître en dépit des échecs de la planification initiale. Ce cas incarne une forme de production urbaine post-dirigiste, où la santé devient un moteur spatial de la financiarisation, sans cadre régulateur à même d'orienter son déploiement.

La section suivante prolonge cette analyse en examinant les dynamiques contemporaines de déplacement vers la périphérie, où s'expérimentent de nouveaux dispositifs médico-immobiliers qui réinventent les formes de croissance spatiale de ces activités dans une logique qui renoue avec celle, bien plus ancienne, du capitalisme communautaire sfaxien.

B – L'expansion radiale de la production immobilière médicale sous l'ordre néolibéral

La matérialisation du capitalisme médical dans l'espace urbain sfaxien révèle deux grandes temporalités, lesquelles reflètent un changement significatif des paradigmes économiques et de la gouvernance urbaine. La première période est caractérisée par une gestion étatique fortement centralisée, qui s'est muée en une progressive appropriation des ressources par les agents capitalistes locaux : elle correspond au cadre de ce que Ray Pahl (*Ibid.*) caractérise comme étant du « managérialisme ». La seconde, débutée progressivement au tournant des années 2000 et amplifiée par les effets de la révolution tunisienne de 2011, relève de l'affirmation d'une nouvelle dynamique qui tend à affirmer très largement le pouvoir des entrepreneur·euses. Du point de vue de la gouvernance urbaine, cette transition, que David Harvey (1989) a qualifié d'« entrepreneurialisme », questionne l'inscription dans la production urbaine des transformations néolibérales. En Tunisie, celles-ci sont décrites par Béatrice Hibou (2006b) qui montre comment, depuis la fin des années 1980, le néolibéralisme tunisien ne se caractérise pas par un retrait de l'État, mais par son repositionnement : l'État demeure omniprésent tout en apparaissant défaillant par rapport aux formes classiques d'intervention sociale et économique. Cette recomposition de l'intervention publique s'exprime par une privatisation partielle des services publics, une libéralisation accrue des secteurs économiques et une redéfinition des formes étatiques de régulation, au profit de mécanismes indirects et souvent informels de contrôle. Cette évolution s'accompagne également d'une pluralité de politiques urbaines fondées sur l'investissement dans le marketing territorial, la visibilité médiatique et la promotion de grands projets emblématiques. Ces éléments caractéristiques de l'entrepreneurialisme urbain, tel que précisé par Max Rousseau (2011), qui le distingue en deux phases (*early entrepreneurialism* puis *late entrepreneurialism*) qui constituent désormais la norme de la gouvernance urbaine sous le néolibéralisme.

Cette section se focalise précisément sur la manière dont ces dynamiques néolibérales reconfigurent la production immobilière et urbaine. En analysant la manière dont les normes professionnelles ont fait évoluer la filière, cette section montre que sa croissance contemporaine conduit à une forme d'expansion radiale des activités, soit leur implantation ou leur délocalisation le long des radiales de la ville. Il s'agit donc non seulement de décrire comment le capitalisme médical façonne ses propres produits immobiliers, mais également d'analyser la manière dont les investissements immobiliers dans la santé constituent un vecteur important de ce phénomène d'expansion radiale de la ville. L'expansion territoriale médicale est ici également abordée au prisme de la notion de *spatial fix* (Harvey, 2001), pour montrer que la logique spatiale du capitalisme médical sfaxien ne relève pas simplement d'une extension géographique, mais d'une stratégie (plus ou moins publiquement assumée) visant à résoudre temporairement les crises du secteur, effets secondaires de la pression foncière et de l'exigence de

rentabilité accrue. À travers l'expansion le long des routes radiales, le capital médical trouve dans ces espaces de la proche périphérie une solution provisoire (*fix*) à ses propres difficultés, ce qui contribue à produire une ville rapidement obsolète, qui est constamment déconsidérée puis requalifiée par les dynamiques de valorisation immobilière. Ainsi, cette section s'attachera successivement à explorer la reconversion immobilière tertiaire, son expression à travers la matérialisation spatiale du « couple cabinet-clinique », la spécialisation du modèle intégratif représenté par les centres « Dar tabib », l'accroissement des dimensions des cliniques périphériques, ainsi que les limites internes déjà perceptibles de ce modèle.

1 – Des huileries aux immeubles de « haut standing »

Dans le chapitre 2, j'expliquais la structure en « doigts de gant » de la ville de Sfax, en périphérie de laquelle s'étirent les longues routes radiales qui concentrent l'essentiel de la croissance urbaine contemporaine. Cette croissance est en particulier portée par la densification des zones de *jnens* destinées à l'habitat et à la verticalisation des constructions bordant les radiales. Sami Ben Fguira (2020) montre en outre que cette densification irradie depuis les petites centralités commerçantes se développant le long de ces axes, les *merkez*. Mais cette densification, étudiée ainsi au seul prisme des modes d'habiter, ne rend pas pleinement compte des enjeux économiques spécifiques de reconversion des espaces périphériques, où l'aménagement étatique a toujours été minimal, voire inexistant.

Les radiales intérieures sont historiquement investies par la bourgeoisie sfaxienne, qui y possède une grande partie des terrains bâtis depuis l'époque précoloniale. La route de Gremda était particulièrement connue pour sa concentration d'huileries, petites manufactures à haute valeur ajoutée très réputées dans la région et servant de relais final avant l'exportation dans une filière qui a fondé, en grande partie, le pouvoir économique de cette bourgeoisie locale (Mohamed Fakhfakh 1976; Fredj Fakhfakh 1977; Hadjigeorgiou 2000). Depuis une vingtaine d'années, on observe néanmoins un déclin progressif de ces activités historiques. Cette évolution se traduit par une requalification d'anciennes huileries en projets immobiliers dont l'ampleur rejoint celle des immeubles construits à partir de la fin des années 1990 à Sfax El Jadida, comme l'illustre la Figure 54 ci-dessous :



Figure 54 – (1) Huilerie Kechaou encore en activité au kilomètre 2 de la route de Gremda ; (2) À droite, l'huilerie Kammoun encore en activité au kilomètre 3 de la route de Gremda et la « résidence Baya » construite en face en 2016 sur un terrain ayant appartenu à une huilerie. Source : Photogrammétrie Google maps 2014

Ces reconversions répondent principalement à deux facteurs. Premièrement, la délocalisation des huileries hors de Sfax, en raison de leur nature industrielle polluante et bruyante, rendue problématique par l'urbanisation croissante de ces zones et leur difficulté d'accès logistique. Deuxièmement, la révision du Plan d'aménagement urbain (PAU) de Sfax intègre depuis les années 2010 un règlement spécifique visant à densifier les radiales depuis leur alignement, dans une profondeur de 35 mètres, tout en conservant leur caractère polyfonctionnel. Cette réglementation, conçue initialement comme un instrument de lutte contre l'étalement urbain, a entraîné une hausse significative de la valeur foncière le long des radiales. Ainsi, un terrain constructible situé directement en bordure de radiale peut atteindre 500 dinars (environ 150 euros) le mètre carré constructible, contre 400 dinars (environ 125 euros) pour ceux donnant sur des *zenkats* (voir chapitre 2), représentant une différence d'environ 20 %.

Pour Sami Ben Fguira (2020), les nouveaux produits immobiliers qui se développent dans ce contexte s'inscrivent dans une dynamique de marché portée par les acteurs locaux eux-mêmes, notamment les familles influentes de la bourgeoisie sfaxienne qui saisissent l'opportunité foncière offerte par la réglementation pour valoriser leurs propriétés historiquement détenues et dont l'activité est aujourd'hui jugée moins rentable et délocalisable. Plus précisément, le long des radiales, deux types principaux de zonages coexistent : d'un côté, les zones Ua2 et Ub visant une densification intermédiaire, et de l'autre, les zones Uc réservées à une densité plus élevée. Le règlement du PAU indique clairement que ces zones limitent strictement les activités non résidentielles, excluant explicitement les établissements industriels lourds, les stockages, dépôts et ateliers de réparation automobile. Ce phénomène rappelle la logique observée à la création du quartier de Sfax El Jadida, caractérisée par l'éviction progressive d'activités jugées insalubres au profit d'une économie tertiarisée, ici accélérée par des opportunités de renouvellement urbain non strictement planifiées (voir Figure 55 ci-dessous).



Figure 55 – (1) un atelier de réparation de deux roues au kilomètre 2 de la route de Gremda, dont le déménagement est prévu pour bientôt, d'après son propriétaire, le 28 avril 2022 ; l'immeuble « résidence Habib » construit en 2015 au kilomètre 3 de la route de Gremda a remplacé d'anciennes activités de ce type, le 8 juin 2021.

À la différence du quartier central, Mohamed[107], urbaniste à la mairie de Sfax interrogé à ce sujet, indique que ces règles ont été édictées non en amont, mais en aval pour encadrer et renforcer un processus existant de reconversion spontanée des espaces concernés. Cette évolution réglementaire a ainsi ouvert un champ particulièrement attractif pour les promoteurs immobiliers sfaxiens, qui investissent désormais massivement ces espaces en raison de leur rentabilité accrue, ce qui a ouvert la voie au développement de produits immobiliers nouveaux, intégralement ou en partie dirigés vers l'offre médicale.

[107] Entretien n° 49 avec Mohamed le 4 mai 2022 à Sfax.

2 – La matérialisation spatiale du « couple cabinet-clinique »

Le premier mode d'implantation visible du capitalisme médical dans ces espaces (Figure 56 ci-dessus) est la matérialisation spatiale directe du « couple cabinet-clinique », entité capitaliste dont j'ai décrit le fonctionnement dans le chapitre précédent. Jusqu'alors, ce couple existait essentiellement par le principe légal et financier des investissements conjoints dans les structures médicales. Ce que l'on observe désormais le long des radiales est la convergence spatiale de ces deux pôles, matérialisée par la proximité immédiate des nouveaux cabinets médicaux avec les cliniques privées récemment implantées.

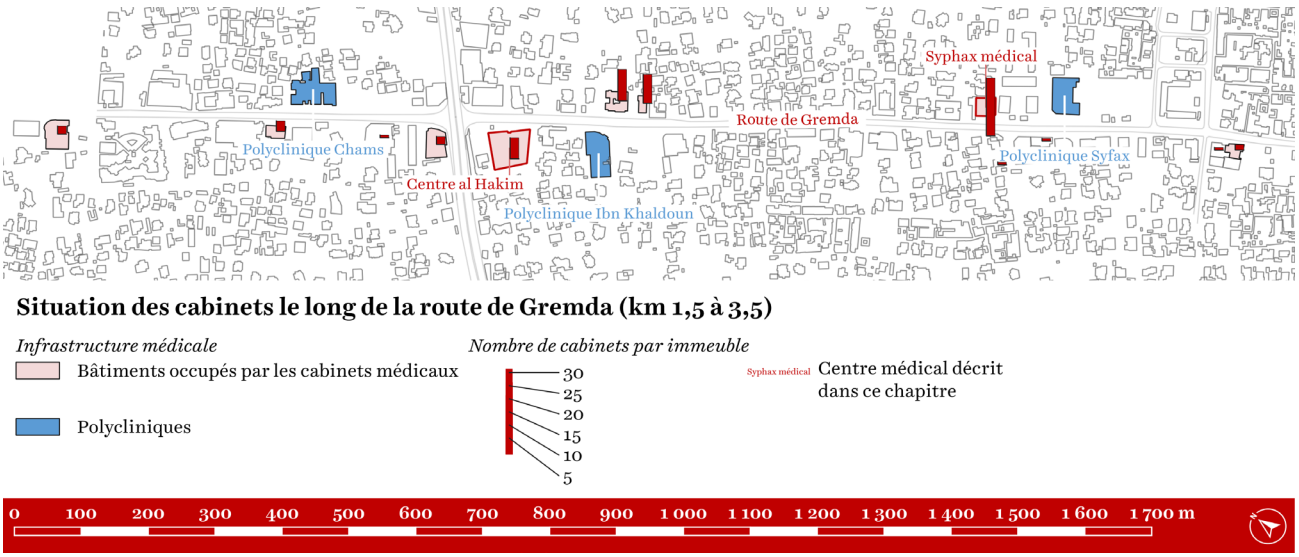


Figure 56 – Situation des pôles de concentration des cabinets le long de la route de Gremda. Réalisation : Théo Maurette 2025.

J'avais d'ailleurs observé une dynamique similaire à Tunis lors de mes terrains préliminaires en 2019, notamment dans le quartier Centre Urbain Nord où ont été construites trois grandes polycliniques après les années 2010. Toutes disposaient d'un bâtiment similaire, construit à quelques dizaines de mètres (voir Figure 57 ci-dessous) :



Figure 57 – La clinique Pasteur à Tunis (bâtiment à gauche) jouxtée d'un immeuble comprenant une grande quantité de cabinets médicaux (à droite) construits au même moment en 2015 à l'occasion du déménagement de la clinique dans ce quartier. Source : Photogrammétrie Google maps 2014.

À Sfax, contrairement au centre-ville historique où les cabinets médicaux structuraient le développement des cliniques, ici ce sont les cliniques elles-mêmes qui impulsent la dynamique d'installation des cabinets à proximité immédiate. Ce phénomène est particulièrement visible avec le centre médical Syphax, construit en 2015 sur la route de Gremda, à seulement une rue de la clinique éponyme (Figure 58 ci-dessous). Initialement, selon le récit de l'un de ses actionnaires, le projet visait même un terrain directement adjacent, mais l'ensemble de bâtiments abandonnés que les investissements de Syphax encadrent (au centre de l'image) appartiendrait à l'Office national des huiles, qui serait peu enclin à céder ses emprises foncières à des promoteurs privés.



Figure 58 – Clinique Syphax en construction (à droite de l'image) au même moment que le centre médical Syphax (à gauche de l'image). Source : Photogrammétrie Google maps 2014

Ce modèle du centre Syphax repose sur deux logiques principales. D'abord, la proximité immédiate entre les médecins et les services techniques et chirurgicaux des cliniques améliore considérablement leur efficacité professionnelle en facilitant les déplacements rapides des praticien·nes et de leur patientèle entre les lieux de consultation et d'intervention. Ensuite, il permet une mutualisation optimale des investissements financiers, fonciers et immobiliers, mobilisés simultanément, réduisant ainsi significativement les coûts pour les investisseurs et médecins actionnaires. En conséquence, les espaces destinés à ces cabinets se vendent très rapidement, le centre médical Syphax étant complet dès 2022, soit seulement sept ans après sa création, avec un total de 22 cabinets médicaux. Outre les cabinets, le centre abrite également une pharmacie, un laboratoire d'analyses et un opticien au rez-de-chaussée, assurant ainsi une gamme complète de services médicaux complémentaires.

Description de l'immeuble Syphax Médical le 29 avril 2022 à Sfax à 12 h 30

L'immeuble Syphax Médical trône au centre d'un terrain bordant la route de Gremda, construit en retrait de 10 mètres par rapport à la route. Sa façade de couleur beige et ocre reprend le style architectural de la clinique Syphax située une rue plus loin. Son style détonne avec les constructions du quartier, plutôt anciennes. Des hauts murs en pierre entourant des *jnens* et des rangées de petits bâtiments blancs occupés par diverses activités mécaniques et commerciales.

Le parking est peu rempli, seules deux voitures immatriculées en Libye l'occupent. Une personne attend, assise sur le trottoir dans la partie ombragée de la rue, longeant le bâtiment. L'ambiance est très calme et pourtant nous sommes tout près d'une avenue très passante à cette heure de pointe. Au RDC, le café a un peu d'activité, surtout à l'intérieur. La terrasse est ombragée par des parasols.

L'entrée de l'immeuble est marquée par un grand espace en béton lissé, qui entoure tout l'immeuble au niveau des stationnements. Quelques plantes en pot ornent cet espace très minéral, qui débouche sur un petit trottoir en béton imitant la pierre de taille. Deux petites rampes permettent de monter les marches vers un perron relativement sobre construit dans le même matériau. Ici, le mur arbore l'ensemble des plaques professionnelles dont le style est uniformisé (Figure 59-1). À droite, la porte principale ouvre sur un couloir vide seulement quelques mètres, donnant sur les deux ascenseurs de l'immeuble. Le couloir se poursuit sur la droite, rejoignant l'entrée secondaire du bâtiment permettant de rejoindre le laboratoire d'analyses. Derrière une porte discrète se trouve également la cage d'escalier qui apparaît relativement sombre (Figure 59-2). À l'étage, les cabinets sont disposés tout autour des ascenseurs, qui forment un îlot central. Dans l'un d'eux, où j'ai rendez-vous pour un entretien, je découvre une vaste salle d'attente, lumineuse et remplie de monde, dont les fenêtres donnent sur la route. Sur la gauche de la pièce, un grand pupitre dédié au secrétariat fait office d'espace d'accueil. Au fond du couloir qui dessert les sanitaires et une petite cuisine se situent deux pièces, l'une de consultation et l'autre d'auscultation. Ici les orientations donnent sur le terrain adjacent, plus calme.



Figure 59 – (1) entrée principale de l'immeuble, (2) entrée secondaire vers le laboratoire et la cage d'escalier, centre Syphax Médical, route de Gremda km 2,5 le 2 juin 2022.

Les nouveaux bâtiments médicaux construits sur les radiales, comme le Syphax Médical, présentent des caractéristiques architecturales et fonctionnelles adaptées spécifiquement aux besoins des médecins et de leur patientèle. L'organisation spatiale et intérieure de ces immeubles est pensée pour favoriser largement l'accessibilité : absence d'obstacles, couloirs larges, rampes d'accès, ascenseurs positionnés au centre des espaces et favorisés par rapport aux escaliers, ces derniers étant relégués en second plan. L'entrée principale, rendue visible, bien que relativement sobre, met clairement en avant les plaques professionnelles uniformisées des médecins, facilitant la lisibilité et la reconnaissance des spécialités médicales proposées. Le design extérieur et l'organisation interne de ces bâtiments rompent avec la mixité fonctionnelle du centre-ville, en favorisant désormais une spécialisation exclusive vers les activités médicales.

Ces nouveaux produits immobiliers représentent une évolution significative des normes et pratiques du capitalisme médical sfaxien. Ils traduisent un processus de rationalisation et de spécialisation fonctionnelle accrue, répondant aux exigences contemporaines de la médecine libérale et de sa patientèle. La matérialisation du modèle du « couple cabinet-clinique » s'étend ainsi progressivement à d'autres espaces de la proche périphérie, comme c'est le cas de la clinique Errachid sur la route Lafrane, ou encore de la clinique Chams, illustrant une tendance générale à l'inscription spatiale de ces entités médicales capitalistes à Sfax.

3 – La spécialisation fonctionnelle des nouveaux produits immobiliers

Outre le rapprochement spatial du couple cabinet-clinique, une autre dynamique du capitalisme médical sfaxien se manifeste dans la spécialisation croissante des produits immobiliers qui y sont adossés. Ces nouveaux produits tendent à distinguer nettement les lieux de soins (bureaux, cabinets, laboratoires) des lieux d'hébergement, répondant à des logiques de segmentation, d'optimisation de la valorisation foncière et d'adaptation aux usages spécifiques des professionnel·les et des patient·es. Deux figures de cette spécialisation sont présentées ici : l'immeuble Al Hakim, à vocation strictement médicale, et la résidence Ilyes, destinée à la location meublée de courte durée, toutes deux situées sur la route de Gremda au kilomètre 3,5.

L'immeuble Al Hakim, inauguré en 2021, illustre une forme aboutie du centre médical spécialisé, représentatif des « *dar tabib*[108] », une catégorie émergente de centres médicaux conçus spécifiquement pour répondre à la demande croissante des professionnel·les de santé qui, à Sfax, se développent principalement le long des radiales majeures (route de Tunis, Gremda, Lafrane et El-Aïn spécifiquement pour ce type de projets), à proximité des cliniques privées, et proposent une offre intégrée, adaptée aux exigences professionnelles, réglementaires et commerciales du capitalisme médical. L'immeuble Al Hakim en constitue un exemple particulièrement éloquent, par son ampleur, sa conception standardisée et sa localisation :

Description de l'immeuble Centre Médical El Hakim le 31 mai 2023 à Sfax

De l'extérieur, l'immeuble arbore une colorimétrie soigneusement choisie, constituée par une façade en enduit lisse blanc strié par les rangées unies de baies vitrées teintées de bleu. Cette charte graphique n'est pas anodine, puisqu'elle rappelle celle choisie par la polyclinique Ibn Khaldoun, voisine, bien que les investisseurs ne soient pas les mêmes. Construit en retrait de 10 m par rapport à la voie, un grand parking d'une capacité importante occupe cet espace qui mène au monumental encadrement de béton marbré de noir entourant l'accès principal aux blocs A et B. Un trottoir équipé d'une rampe mène à la porte d'entrée vitrée automatique. Celle-ci est encadrée par deux rangées de plaques professionnelles, toutes standardisées dans le même style. Chacune indique dans quel bloc se situent les cabinets, dont les emplacements laissent supposer une capacité de 30 cabinets par bloc, soit potentiellement 60 cabinets au total (Figure 60-2). Une

[108] Peut être traduit depuis l'arabe en « maison du médecin » ou « maison médicale ».

capacité encore inédite à Sfax. Au rez-de-chaussée est installée une pharmacie et un laboratoire d'analyses est en cours d'installation.

À l'intérieur, l'immense hall d'entrée est percé sur toute la hauteur du bâtiment. Au centre de cet espace large et lumineux siège un pupitre aux couleurs du bâtiment. C'est un point d'accueil tenu par des gardiens présents à tour de rôle 24 heures sur 24. Au-dessus de ce vide se trouvent les couloirs d'accès de chaque étage surplombés par une immense verrière qui laisse pénétrer la lumière naturelle dans les étages. De part et d'autre de l'allée centrale sont disposés les ascenseurs, au nombre de 4. Bien que répartis pour desservir chaque « bloc », les étages supérieurs sont tous reliés par le même couloir. L'un des ascenseurs dispose même d'un gabarit plus important, adapté aux brancards, d'après son promoteur[109]. Les escaliers sont disposés discrètement derrière les ascenseurs et fermés par des portes coupe-feu (Figure 60-1).

Les matériaux intérieurs semblent de bonne facture et rappellent les tons de la façade principale. Les couloirs sont très larges et distribuent sur tout le tour de l'îlot central l'ensemble des cabinets. À l'intérieur de l'un d'eux, on découvre un vaste hall d'accueil très travaillé, décoré en boiserie reprenant les initiales du propriétaire. Il y a deux salles d'attente, l'une pour les consultations ordinaires et l'autre pour les urgences. Le cabinet se divise ensuite de la même façon en deux grands espaces. Un bureau pour les consultations et une salle pour les actes médicaux. Au centre de l'ensemble se situe un espace sanitaire d'une dimension importante. Une petite cuisine est même présente à côté de l'espace d'accueil. Une grande lumière naturelle, secondée par des spots LED, inonde l'ensemble des lieux (Figure 60-3).

Avant de quitter les lieux, le représentant du promoteur tient à nous montrer un cabinet encore invendu. Celui-ci est disposé le long de l'un des angles de l'immeuble et dispose de surfaces vitrées importantes tout le long de sa façade, lui offrant un éclairage important. La disposition reprend celle observée dans le cabinet précédent. La particularité qu'il souhaite nous montrer se situe dans la salle d'auscultation, où un perçage dans le sol laisse apparaître de la tuyauterie et des câblages censés permettre l'installation d'une colonne médicale ou d'un siège de dentiste sans devoir effectuer de travaux à la livraison.

[109] Entretien n° 66 avec Tarak le 31 mai 2023 à Sfax. Réalisé avec Viola Denizon dans le cadre du projet « Vilmouv » en mai 2023.



Figure 60 – (1) Panorama du hall d'accueil donnant sur le pupitre du gardien et les ascenseurs, (2) façade principale, (3) accueil d'un cabinet, immeuble Al Hakim, route de Gremda km 3 le 31 mai 2023

Le bâtiment met en scène les codes du « haut standing » tels qu'ils se déclinent en Tunisie : volumes lumineux et spacieux, climatisation centralisée avec pilotage domotique, vaste hall d'accueil gardé, ornementation soignée et matériaux de qualité, le tout porté par une identité graphique épurée aux résonances classicistes. À ces marqueurs s'ajoutent des dispositifs d'entrée, de signalétique et d'organisation intérieure qui articulent la séparation des flux (accueil/attente/soins/sanitaires), l'accessibilité PMR, l'optimisation des plateaux et la présence d'ascenseurs multiples. Ces éléments

héritent de normes professionnelles et commerciales qui sont progressivement coproduites par les promoteurs immobiliers et les agents centraux du champ médical, au fil d'une convergence des pratiques, des usages et des produits immobiliers. Cette coproduction s'accompagne d'un renforcement du rapport de force vis-à-vis de la réglementation : le contournement de la limite légale du nombre de praticien·nes par spécialité et par bloc s'opère ici par l'ouverture des plateaux en grands espaces, la mutualisation des circulations verticales (ascenseurs) et des locaux techniques. La contrainte est d'autant plus forte pour le promoteur que la valorisation des lots suppose de cibler des spécialistes mieux rémunéré·es et recherchant la proximité à leur clinique, choix qui restreint le vivier d'acheteurs et incite précisément à ces agencements qui traduisent l'orientation capitaliste du champ décrite au chapitre 4.

À quelques dizaines de mètres, la résidence Ilyes constitue le pendant résidentiel de l'offre médicale spécialisée de l'immeuble El Hakim. Située à proximité immédiate de la clinique Chams, elle se compose d'une vingtaine d'appartements en location de courte durée (S+2 ou S+3), destinés à une clientèle étrangère (principalement libyenne et algérienne). Son propriétaire revendique une politique exclusive de location à la nuitée, avec des tarifs allant de 120 à 200 dinars (38 à 60 euros), incluant climatisation, chauffage, et parfois Internet. L'affichage ostensible de cette destination (notamment via une banderole en façade arborant les drapeaux algérien, tunisien et libyen) vient renforcer la lisibilité de l'offre dans l'espace public (Figure 61 ci-dessous).



Figure 61 – (1) façade de l'immeuble Résidence Ilyes, (2) banderole sur le toit indiquant « appartement de luxe à louer », arborant les drapeaux algérien, tunisien et libyen, immeuble Résidence Ilyes, route de Gremda km 3,5.

Ces deux cas illustrent la spécialisation croissante des produits immobiliers dans le champ du capitalisme médical sfaxien. Là où le centre-ville maintenait souvent une mixité fonctionnelle relative entre habitation, commerce et santé, les nouveaux projets périphériques s'alignent sur une logique de séparation fonctionnelle et de ciblage fin des clientèles. Les normes qui s'y imposent ne sont ni uniquement médicales, ni strictement juridiques : elles résultent d'un ajustement pragmatique entre les pratiques professionnelles, les opportunités foncières, les exigences immobilières et les contraintes réglementaires. Il s'agit d'un faisceau de prescriptions implicites ou explicites, devenues repérables dans les agencements architecturaux et leurs usages contemporains.

4 – De la clinique familiale au complexe immobilier médical

Ce qui distingue les projets immobiliers médicaux de la route de Gremda, au-delà de leur réponse aux problèmes fonciers et aux dynamiques du capitalisme médical, des autres espaces du capitalisme médical à Sfax est leur changement d'échelle : ils atteignent désormais des dimensions inédites dans un contexte de concentration des activités et de spécialisation fonctionnelle. Les cliniques situées sur les routes de Gremda et de Lafrane sont devenues les plus importantes de la ville, dépassant en taille et en ambition les établissements du centre-ville, et rejoignant les normes de référence tunisoises[110], caractérisées par des établissements de grande capacité, adossés à une offre de services intégrés.

Entre 1996 et 2020, la mutation est radicale. En 1996, seule la clinique Chams, avec ses trente lits initiaux, occupait le secteur. Elle a été suivie en 2014 par la clinique Errachid (60 lits), en 2015 par la clinique Ibn Khaldoun (113 lits), en 2016 par la clinique Syphax (101 lits), avant de faire elle-même l'objet d'une extension pour porter sa capacité à 70 lits en 2019. La clinique Meignier, plus ancienne clinique de Sfax et située hors du périmètre d'étude, reste la plus grande de la ville avec 118 lits, mais elle est désormais presque rejointe par ces établissements récents. La route de Gremda et sa voisine Lafrane sont ainsi passées d'un pôle marginal à un pôle clinique majeur en décuplant sa capacité, concentrant à lui seul 361 lits, soit plus d'un tiers de la capacité du secteur privé dans le gouvernorat de Sfax (981 lits en 2020 selon le ministère de la Santé publique) en plus des services spécialisés que comptent ces cliniques, comme les maternités, qui sont relativement absentes du centre-ville de Sfax.

Ce développement s'appuie sur le même phénomène de verticalisation qu'observé dans le centre-ville. Les CUF (coefficients d'utilisation foncière) révèlent cette montée en densité. Ce mouvement d'intensification correspond à une intégration fonctionnelle accrue : pharmacies, laboratoires d'analyses et services complémentaires sont

[110] À Tunis, les cliniques les plus récentes construites dans le quartier de Centre Urbain Nord dépassent toutes les 100 lits : Pasteur (126 lits), Jasmins (150 lits), Carthagène (240 lits).

désormais intégrés aux emprises des cliniques, dans une logique de centralisation et d'optimisation économique. Le Tableau 7 ci-dessous résume cette évolution :

Nom de l'établissement	Chams	Errachid	Ibn Khaldoun	Syphax
Année de construction	1996 (2019)	2014	2015	2016
Capacité en nombre de lits	70	60	113	101
CUF	1,8	2,3	3,3	3

Tableau 7 – Comparaison des emprises au sol des cliniques du pôle Gremda-Lafrane à Sfax. Source : (Rouland, Jarraya et Fleuret 2016), relevé de terrain.

Cette standardisation rejoint le modèle amorcé avec la clinique El Medina, en centre-ville, mais en l'amplifiant : ici, les opportunités foncières sont pour l'instant plus nombreuses et de plus grande dimension, mais la pression à la rentabilité est renforcée par le coût élevé du foncier, très demandé, autour de 500 dinars le mètre carré constructible (environ 150 euros) dans les zones Ua2 en 2020.

Le cas du Mediterranean Medical Center (MMC), projeté en extension de la clinique Chams, illustre une évolution supplémentaire : il ne s'agit plus uniquement d'augmenter la capacité d'accueil ou les services médicaux, mais d'intégrer des dispositifs d'accueil à la carte pour une patientèle internationale. Le MMC s'inscrit dans le développement d'une offre dite « all inclusive », qui propose d'associer soins, hébergement médicalisé, accompagnement logistique et prestations de confort dans une même entité. Cette stratégie immobilière repose sur l'adossement à la clinique existante, sur une disponibilité foncière adjacente, et sur une conception architecturale pensée pour permettre l'expansion future (voir Figure 62 ci-dessous). Elle révèle ainsi la montée en puissance d'un modèle de développement clinique fondé sur la diversification de l'offre, qui correspond aussi à une absorption progressive de fonctions autrefois situées aux marges du champ médical (hébergement, logistique, accueil des accompagnant·es), l'adossement à une image de marque, et la captation de nouveaux segments de marché.



Figure 62 – (1) terrain acquis par la clinique Chams en 2015, utilisé temporairement comme un parking. (2) le même espace, en 20 223, en cours de construction du « Mediterranean Medical Center » au kilomètre 3,5 de la route de Gremda.

Cette dynamique transforme la clinique privée de projet médical (et familial dans le cas des cliniques Chams et Syphax à Gremda) en entreprise immobilière intégrée. La standardisation des formes bâties, l'intensification des CUF, la segmentation des fonctions internes et l'expansion périphérique montrent une homogénéisation rapide de l'offre, sous contrainte réglementaire, mais surtout sous impulsion des évolutions du marché et des pratiques se standardisant dans la filière. Cette homogénéité est permise par des normes urbanistiques (retrait de 10 mètres, R+5), mais aussi par la circulation de modèles professionnels et immobiliers à l'échelle locale.

Enfin, si ces établissements sont extensibles, leur croissance est tributaire du marché foncier local. Dans le cas de la clinique Ibn Khaldoun, le terrain mitoyen est visé depuis plusieurs années pour un futur centre d'imagerie. Mais son propriétaire, conscient de sa valeur stratégique, en retarde la vente. Cette extensibilité souhaitée (et parfois possible) illustre les tensions entre dynamique capitaliste d'expansion et blocages fonciers. L'absence de planification publique ou de réserve foncière organisée, comme c'est le cas dans les zones de PIF (Périmètre d'intervention foncière, voir chapitre 2), rend les promoteurs dépendants du jeu spéculatif. Ainsi, l'expansion du capitalisme médical à Sfax ne se limite pas à une croissance du nombre d'établissements : elle prend la forme d'une transformation structurelle des formes architecturales et immobilières, des régimes d'investissement, et des horizons de projection du marché de la santé.

5 – Déclin et survie d'un modèle capitaliste ?

Malgré les critiques actuelles quasi unanimes formulées par l'ensemble des personnes rencontrées dans le cadre de cette enquête à l'encontre du projet de Sfax El Jadida, y compris par les promoteurs et les autorités sfaxiennes, les défaillances du modèle d'urbanisme entrepreneurial qui lui fait concurrence le long des radiales sont déjà nombreuses. Elles sont d'ailleurs reconnues par une partie des agents qui participent à ces projets périphériques. Le premier enjeu concerne la spéculation foncière, qui y structure la répartition des opportunités immobilières. En l'absence de politique publique de réserve foncière ou de préemption, la disponibilité foncière est faible, les terrains mitoyens à forte valeur sont retenus du fait de la spéculation et les parcelles disponibles restent parfois vacantes pendant des décennies. Cela est particulièrement visible autour des cliniques récentes, comme Ibn Khaldoun ou Syphax. L'effet paradoxal du capitalisme médical est alors d'accroître la valeur foncière locale, renforçant l'incitation des propriétaires à retarder la vente pour maximiser leurs profits. Il en résulte une urbanisation discontinue, marquée par l'alternance d'immeubles neufs et de friches, qui contredit les objectifs de densification de la municipalité et pousse à l'étalement urbain au-delà des radiales.

Au-delà de cette dépendance au foncier, c'est la fragilité de cette urbanisation portée par le capitalisme médical qui pose question. Le modèle actuel repose sur la standardisation des constructions selon les normes de la médecine capitaliste, ce qui rend

difficiles les reconversions vers d'autres usages. Les appartements dédiés aux cabinets sont de plus en plus spécialisés, les espaces sont fragmentés, les distributions intérieures répondent à des exigences fonctionnelles particulières, et les coûts d'entretien (par exemple pour des immeubles à plusieurs ascenseurs) ne sont pas adaptés à tous les types de clientèle. S'il n'y a pour l'instant pas de signes d'une reconversion à venir, le caractère monofonctionnel de ces bâtiments pourrait poser problème si les dynamiques du champ médical venaient à changer. Ce qui est probable vu les difficultés, évoquées dans le chapitre précédent, auxquelles fait face la filière depuis les années 2010 (voir chapitre 4).

Par ailleurs, les problèmes d'accessibilité, de stationnement et de congestion, qui étaient les principaux griefs formulés à l'encontre du centre-ville, se reproduisent désormais, parfois à l'identique, dans ces nouveaux espaces. Le cas observé de blocage de la circulation lors de la livraison d'oxygène à la clinique Ibn Khaldoun pendant une vingtaine de minutes illustre une saturation et une inadéquation de cette voirie de transit, dans un espace pourtant conçu pour éviter ce type d'engorgement. Le stationnement est sous-dimensionné, les embouteillages aux heures de pointe freinent les ambulances, et les promesses de décongestion du centre sont remises en cause. Cette situation est connue des autorités municipales, qui tentent de la corriger par une régulation tardive et une réhabilitation ponctuelle de la voirie. L'exemple de la nouvelle contournante en « saut-de-mouton » de la ceinture du kilomètre 3 (Figure 63 ci-dessous), censée favoriser les déplacements interradiaux, a plutôt renforcé l'attractivité foncière des cliniques et consolidé leur position dans l'espace économique local.



Figure 63 – Saut-de-mouton au-dessus de la route Lafrane, au croisement avec la rocade du kilomètre 3. Derrière le pont, deux immeubles de « standing » sont en construction. La clinique Errachid est visible à l'arrière-plan derrière le second immeuble en construction. Source : Semah Ben Selah (LinkedIn) en 2022.

En définitive, le glissement idéologique opéré par ces nouvelles formes d'urbanisation périphérique ne se traduit pas par une amélioration concrète des usages, de la fabrique urbaine ou du fonctionnement de la ville. Il consiste avant tout en une reconfiguration du rapport au foncier et à la construction, qui offre aux agents du champ médical capitaliste une marge de manœuvre accrue dans un espace moins réglementé. Cette extension est donc moins une rupture qu'une opportunité qui ouvre sur le *spatial fix* dont a besoin le capitalisme médical : une tentative de résolution spatiale temporaire des contradictions internes du champ (saturation, coûts, visibilité), qui déplace les problèmes plutôt qu'elle ne les résout, par l'abandon progressif des espaces que le champ a précédemment exploité.

Conclusion de section

La production urbaine contemporaine, le long des radiales de Sfax, et en particulier sur la route de Gremda, illustre une transformation structurelle de la fabrique urbaine. Ce processus s'inscrit dans le cadre d'un passage du managérialisme, tel que défini par Ray Pahl (1974), à l'entrepreneurialisme urbain décrit par David Harvey (1989) et précisé par Max Rousseau (2011) pour les contextes périphériques et post-industriels. Ce dernier propose notamment une périodisation en deux temps de cette dynamique : d'abord un *early urban entrepreneurialism* marqué par des politiques urbaines « attrape-tout » (*Ibid.*, p. 28) visant à faire face à la crise économique et sociale, puis un *late urban entrepreneurialism* caractérisé par l'intériorisation des logiques néolibérales par les acteurs locaux. Dans cette dernière phase, les politiques urbaines se structurent autour de stratégies *upmarket* cohérentes, orientées vers les entreprises et les individus les mieux intégrés à l'économie post-fordiste, et visant à modifier l'image de la ville pour répondre aux goûts supposés de la classe moyenne. À Sfax, ce glissement se traduit par la mise en marché des espaces périphériques, l'attraction d'investissements privés dans le secteur de la santé, et la transformation des produits immobiliers en objets haut de gamme, rejoignant les dynamiques décrites par Sami Ben Fguira (2020) sur les immeubles récents. Mais cette dynamique s'ancre aussi dans des logiques plus anciennes décrites par Fredj Fakhfakh (1977) sur la tertiarisation de la périphérie sfaxienne après les réformes économiques qui ont conduit au resserrement du capital vers Sfax et sa périphérie (voir chapitre 2). Ce dernier montrait déjà que ces mutations n'étaient pas fortuites, mais constituaient les effets attendus d'une politique publique de recomposition territoriale et économique visant à attirer des capitaux étrangers, et qui se sont progressivement traduits par un renforcement des intérêts de la bourgeoisie sfaxienne.

La particularité sfaxienne est aussi que cette production immobilière périphérique est portée en partie par la coproduction de normes partagées entre les promoteurs et les agents centraux du capitalisme médical. Les produits contemporains, cliniques, centres médicaux et résidences locatives, sont nés de l'interpénétration des normes du marché immobilier (rentabilité au mètre carré, spécialisation fonctionnelle, optimisation des surfaces) avec ceux du champ médical (accessibilité, équipements techniques,

segmentation des usages). Cette hybridation produit des objets immobiliers standardisés, adaptés aux exigences du capitalisme médical, et qui rencontrent un succès rapide dans un contexte d'expansion du secteur. Les anciens *jnens* le long des radiales apparaissent comme des réservoirs fonciers plus souples, moins contraints que le centre-ville, permettant une plus grande liberté d'action aux promoteurs et aux actionnaires des cliniques. Mais cette transition vers un urbanisme entrepreneurial n'est pas sans contradictions. Elle est permise par un affaiblissement des régulations publiques, incapables de planifier à long terme ou de contraindre efficacement les logiques spéculatives. L'exemple des terrains vacants autour des cliniques récentes qui peinent désormais à s'y agrandir montre à quel point l'urbanisation de ces secteurs reste tributaire du marché foncier et de ses fluctuations. La faible disponibilité foncière, conjuguée à la spéculation, aboutit à une difficulté du secteur pour rendre son ancrage territorial cohérent.

De plus, la standardisation des formes et des fonctions, si elle permet une rentabilisation rapide, rend les bâtiments difficilement convertibles. Les cabinets médicaux spécialisés, les halls surdimensionnés ou les dispositifs d'accessibilité lourds deviennent autant d'obstacles à la requalification future de ces espaces. Le modèle produit par le capitalisme médical est monofonctionnel et fortement dépendant de la solvabilité d'une clientèle internationale et d'un système de santé qui se privatise. Enfin, les discours qui ont justifié le déplacement des activités médicales vers Gremda (congestion, insalubrité, saturation foncière) s'appuyaient largement sur des désordres que le système produisait lui-même dans le centre-ville. Ces désordres sont aujourd'hui reproduits, voire amplifiés, dans la proche périphérie, à mesure que le développement médical s'y accélère sans remise en cause structurelle des logiques qui l'animent.

Conclusion de chapitre

Ce chapitre a retracé les logiques spatiales de développement du capitalisme médical à Sfax, en montrant comment la médecine privée a d'abord investi les formes urbaines héritées d'un urbanisme d'État autoritaire, avant de s'autonomiser dans les périphéries selon une logique plus libérale et spéculative. Loin d'avoir été planifiée pour accueillir ce secteur, la centralité de Sfax El Jadida est devenue, à partir des années 1990, un pôle structurant du capitalisme médical, dans les interstices d'un urbanisme fonctionnaliste et centralisé. Cette trajectoire, initiée sous un régime autoritaire, a permis la concentration massive des activités de soin en ville, avant que les logiques capitalistes elles-mêmes ne favorisent leur déploiement en périphérie. Le déplacement le long des routes de Gremda et Lafrane marque une deuxième séquence. Le capitalisme médical s'y déploie sous une forme plus intégrée au marché immobilier et spéculative, mobilisant des produits spécifiques, et s'appuyant sur un foncier historiquement contrôlé par la bourgeoisie sfaxienne. Cette expansion radiale de la fabrique urbaine témoigne d'une transition d'un urbanisme étatique vers un urbanisme entrepreneurial (Harvey 1989; Rousseau 2011). Ce qu'elle rappelle surtout, c'est que, dans un contexte de dérégulation et de reconfiguration des politiques d'attractivité des villes tunisiennes, le capitalisme médical a pu imposer ses propres normes dans la production urbaine.

Ce déplacement donne à voir un antagonisme croissant entre deux modèles : un centre-ville saturé, hérité d'un urbanisme planifié, et une proche périphérie dérégulée, où le capitalisme médical prospère au prix d'une intensification des logiques spéculatives. L'urbanisme qui accompagne ce basculement repose moins sur des politiques publiques que sur les intérêts croisés des investisseurs privés, des professionnel·les de santé et des promoteurs, que ces mêmes politiques publiques sont aujourd'hui en peine de réguler. Ce qui renforce l'autonomisation croissante du champ médical vis-à-vis des cadres traditionnels de l'aménagement. Ce processus participe à mon sens d'un mouvement plus large de captation de la fabrique urbaine par les agents du capitalisme. Comme le souligne Max Rousseau, à propos du *late urban entrepreneurialism*, « l'émergence et l'influence des mouvements sociaux urbains [...] correspondent à une parenthèse à l'intérieur d'un processus continu de dépolitisation du pouvoir urbain et d'accroissement de l'influence du capitalisme dans la production des politiques urbaines, perceptible depuis l'*early urban fordism* jusqu'au *late urban entrepreneurialism* » (*Ibid.*, p. 210). Ce que ce chapitre permet de saisir, ce n'est pas tant une relecture des politiques publiques ou de l'histoire sociale de Sfax à l'aune de ce contexte, que la mesure empirique dans sa participation à la production ordinaire de la ville : ce qui est rendu visible ici, c'est bien la capacité d'une classe capitaliste à s'emparer du pouvoir que lui rend l'absence de régulation, après avoir bénéficié elle-même des espaces produits par le pouvoir autoritaire précédent.

Ainsi, le capitalisme médical n'est pas un simple occupant de la ville, mais un acteur structurant de sa production. Il reconfigure les formes bâties, mais aussi les

usages, les circulations, et les régimes d'accessibilité. Son ordre social produit aussi un ordre spatial qui déborde les logiques sectorielles de la santé pour façonner durablement l'urbain. Cet ancrage dans des infrastructures matérielles correspond en outre à ce que David Harvey (1981) qualifie d'*inner spatial fix*, dans la mesure où les investissements immobiliers permettent une accumulation localisée du capital, sans pour autant résoudre les contradictions internes du secteur (accessibilité, rentabilité, intégration urbaine). Le chapitre suivant s'attachera ainsi à comprendre plus finement comment ce capitalisme médical s'ancre, se déploie et se légitime dans l'espace urbain, à travers les pratiques ordinaires d'appropriation, de signalement, de mobilité et de contrôle.

Chapitre 6 – Du soin au sol : appropriation et circulation du capital médical

Le chapitre précédent a montré comment le capitalisme médical, tel qu'il s'est structuré à Sfax, contribue à reconfigurer l'espace urbain en mobilisant des logiques d'accumulation et de spécialisation en tirant parti de la segmentation des fonctions urbaines initiée par l'État tunisien, dans un contexte de transition néolibérale de la gouvernance urbaine. Ce capitalisme médical, défini dans le premier chapitre comme une forme de concentration du capital dans des structures productives du soin, l'intégration au marché des activités de santé et la recherche de rentabilité, s'incarne dans des dispositifs urbains qui organisent la ville selon les intérêts des agents les plus centraux du champ médical. Le présent chapitre propose de prolonger cette analyse en se focalisant sur la manière dont la spatialité du champ médical capitaliste traduit des formes spécifiques d'appropriation de l'espace à différentes échelles. Il s'agit ici d'analyser les pratiques spatiales, matérielles, symboliques et stratégiques, par lesquelles les agents du champ s'inscrivent dans l'espace urbain, l'investissent, y renforcent leur position ou au contraire s'en trouvent exclus. Ces pratiques relèvent à la fois de formes de visibilisation, de contrôle foncier, d'ancrage économique, mais aussi de fabrique discursive du territoire. Pour les appréhender, ce chapitre s'appuie sur deux cadres théoriques articulés.

Le premier est celui de l'appropriation, telle que définie par Fabrice Ripoll et Vincent Veschambre dans l'introduction d'un numéro spécial de la revue *Norois* (2005), désignant un processus multidimensionnel par lequel des agents établissent et consolident un rapport de pouvoir à l'espace. Le concept d'appropriation combine trois registres interdépendants : l'appropriation juridique, qui confère des titres, des droits et la légitimité (propriété, concessions, servitudes) et fixe les règles d'accès et d'exclusion ; l'appropriation matérielle, qui s'opère par l'occupation physique, la construction, l'équipement, l'entretien et les dispositifs de contrôle qui permettent de tenir effectivement un lieu ; l'appropriation idéelle (ou symbolique), faite de représentations, récits, toponymes, et valeurs qui investissent l'espace et les prétentions à y être. Aucune de ces dimensions n'est autosuffisante : un droit formel reste fragile sans usage ou légitimation, une emprise matérielle se pérennise rarement sans reconnaissance juridique, et un récit performe d'autant plus qu'il s'adosse à des ancrages concrets dans l'espace. L'appropriation est donc relationnelle et concurrentielle : elle se construit, se conteste et se recompose dans le temps, au croisement de normes, de pratiques et d'imaginaires.

Dans ce cadre, Fabrice Ripoll et Vincent Veschambre précisent les modalités d'appropriation de l'espace selon une typologie croisant autonomie et exclusivité. L'autonomie renvoie à la capacité des agents à définir et faire respecter les règles d'usage d'un espace sans tutelle externe (ressources propres, maîtrise des dispositifs matériels et symboliques). L'exclusivité désigne le degré de fermeture de l'accès aux différents groupes sociaux (exclusion, filtrage, privatisation de fait ou de droit). Le croisement des deux axes permet d'identifier des configurations plus précises : non exclusif/non autonome (par exemple les prisonnier·es) ; non exclusif/autonome (les commerçant·es dans un marché) ; exclusif/non autonome (les squats) ; exclusif/autonome (les *gated communities*).

Le second cadre mobilisé est celui du *spatial fix*, tel que formulé par David Harvey (1981). Appliquée au contexte sfaxien, cette théorie permet de lire les formes d'évolution spatiale du capitalisme médical comme des tentatives de résolution de ses contradictions concrètes : instabilité du marché libyen, saturation du centre-ville, déficit d'encadrement public et prolifération d'initiatives non réglementées. L'accroissement des investissements dans la proche périphérie peut alors être interprété comme une forme d'ancrage du capital à travers des infrastructures pérennes, visant à stabiliser les revenus, à requalifier symboliquement l'espace et à ouvrir des perspectives nouvelles d'accumulation par d'autres moyens. Ces investissements traduisent aussi une recomposition des hiérarchies d'appropriation : ils sont ce qui permet l'éviction progressive des agents marginaux au profit de groupes plus dotés en capitaux, capables de construire, posséder et contrôler l'espace dans ses dimensions à la fois foncières, économiques et discursives.

La complémentarité de ces des deux cadres permet une lecture à la fois verticale et horizontale des rapports entre capital et espace. Verticale, car le *spatial fix* éclaire la logique d'accumulation et de débordement du capitalisme médical, tandis que l'appropriation en saisit les formes situées dans les pratiques et les rapports sociaux concrets. Horizontale, car leur mobilisation conjointe rend visible la pluralité des échelles sur lesquelles ces processus se déploient et se combinent, des usages ordinaires de la ville aux ancrages régionaux et internationaux. Le *spatial fix* vient donner un ancrage matériel et économique à des dynamiques d'appropriation, tandis que l'analyse en termes d'appropriation permet de qualifier les effets sociaux et territoriaux de cet ancrage : exclusion, dépendance, invisibilisation ou relégation. Le cas sfaxien révèle en outre que ces formes d'appropriation ne se limitent ni au bâti ni à la ville : elles s'étendent à des espaces périphériques et ruraux, par la captation foncière, et à des marchés internationaux, par la mise en récit d'une identité médico-territoriale, soutenue par des labels, des toponymes ou des récits de légitimation.

Dans la lignée des travaux d'Henri Lefebvre (1974) sur la production de l'espace comme produit social, prolongé par ceux de Séchet et Veschambre (2006) sur la « dimension spatiale du social », ce chapitre envisage l'espace urbain comme le lieu

d'expression de rapports de pouvoir. Les pratiques d'appropriation ne sont pas seulement l'expression de trajectoires individuelles : elles sont inscrites dans des rapports de domination, de légitimation et d'institutionnalisation, qui reflètent les tensions internes au champ médical et ses relations avec les autres champs sociaux (État, marché, urbanisme). La ville devient ainsi un espace de captation, à la fois une ressource économique et un support symbolique, où se rejouent la hiérarchisation du champ médical et sa territorialisation.

Pour analyser ces dynamiques, le chapitre s'organise en deux sections. La première examine les modalités de visibilité, de mobilité et de contrôle de l'espace urbain, à travers l'analyse des pratiques d'occupation, de signalement et de circulation liées au capitalisme médical. Elle montre comment les pratiques en matière d'immobilier constituent des supports d'appropriation qui font écho à la position des agents. La seconde section explore les dimensions plus discrètes, mais structurantes de l'appropriation spatiale : contournements réglementaires, logiques familiales et communautaires, stratégies d'expansion hors secteur et fabrique d'un récit identitaire territorial.

A – S'approprier la ville : visibilité, mobilité et contrôle des espaces urbains.

Dans un contexte où les espaces urbains sfaxiens sont des ressources disputées, la visibilité constitue un levier central d'appropriation pour les agents du capitalisme médical. Il ne s'agit pas simplement d'occuper un lieu ou d'y exercer une activité, mais de se signaler de se démarquer, d'affirmer une position dans un espace à la fois contraint et concurrentiel. Cette visibilisation traduit la distinction des formes de pouvoir au sein du champ médical, selon que les agents disposent ou non des ressources symboliques, sociales ou économiques nécessaires pour rendre leur présence lisible et légitime.

Dans un champ structuré par des relations de domination, les formes de visibilisation observées à Sfax sont autant d'indicateurs de la position occupée par les agents. Si, comme la définissent Jacques Lévy et Michel Lussault (2013), la visibilité est un « régime [de] présentation aux regards » des objets sociaux, elle permet de montrer comment s'expriment les concurrences horizontales, entre praticien·nes de statut comparable, mais aussi verticales, entre agents dominants et dominés. Ces formes d'appropriation sont rendues visibles au travers des pratiques symboliques qui reposent sur des dispositifs matériels : enseignes, façades, plaques professionnelles, hall d'accueil et stationnement en sont les exemples que je développe ici. Ces objets participent de la présence médicale dans la ville, et permettent d'en observer les régimes d'appropriation, au sens de Ripoll et Veschambre (2005) : plus ou moins exclusifs, plus ou moins autonomes, selon les positions occupées dans le champ.

Le centre-ville, relativement hétérogène dans ses structures urbaines, autorise encore des formes de cohabitation entre praticien·nes de différents statuts. On y observe une tension entre des agents dominants (médecins installé·es de longue date) capables de s'y rendre visibles tout en régulant leur exposition, et des agents dominés, notamment les intermédiaires, qui tentent d'exister dans des marges moins visibles. Cette distinction spatiale ne disparaît pas, mais se recompose profondément dans la proche périphérie le long des radiales, où l'on assiste à un mouvement de concentration et d'investissement dans les produits immobiliers décrits au chapitre précédent et qui transforment la visibilité en outil d'exclusivité. L'appropriation y devient plus sélective, contrôlée, et tend à évincer les formes d'exercice autonomes et informelles de l'intermédiation.

Cette section s'attache ainsi à analyser les pratiques de visibilisation comme modalités d'appropriation de l'espace urbain par les agents du capitalisme médical selon leur position dans le champ. Trois dimensions sont exposées : l'affichage professionnel et l'enseigne comme des marqueurs symboliques, traduisant à la fois une volonté de distinction et une contrainte de légitimation ; la question du stationnement comme enjeu de pouvoir et d'usage exclusif de l'espace, révélateur de dynamiques de concurrence et

de recomposition des pratiques spatiales ; et enfin, la transformation des nouveaux espaces construits le long des radiales, qui tendent à réduire l'éventail des usages au profit d'une appropriation exclusive, rendue possible par des dispositifs architecturaux et des régimes de propriété différents de ceux du centre-ville. Ensemble, ces éléments permettent de lire l'espace urbain comme une cartographie sociale du champ, où se rejouent, dans le bâti et le rapport à l'espace public, les hiérarchies et les concurrences qui structurent le capitalisme médical sfaxien.

1 – S'installer et se signaler : rendre visible sa présence dans un espace concurrentiel

Il s'agit ici d'analyser deux modalités principales de visibilisation : d'un côté, les plaques professionnelles des médecins, soumises à un encadrement juridique strict, mais progressivement intégrées dans des dispositifs architecturaux valorisants ; de l'autre, les enseignes des cliniques, officines et laboratoires, qui mobilisent un répertoire visuel plus explicitement marchand, marqué par des logiques ostentatoires et une standardisation croissante. À travers ces deux formes, il s'agit de montrer que l'appropriation de l'espace visuel est un révélateur des rapports de pouvoir dans le champ, et qu'elle participe à la production des inégalités socio-spatiales. En mobilisant la typologie proposée par Ripoll et Veschambre (2005), on peut lire l'évolution des formes d'affichage comme un déplacement d'un régime d'appropriation autonome et non exclusif, vers un régime d'appropriation autonome et exclusif, où l'accès à la façade, à la visibilité et à la signalétique est restreint aux seuls agents disposant de ressources suffisantes, notamment foncières. La propriété immobilière acquise par les agents dominants du champ médical dans les espaces récemment développés (voir chapitre 5) ne garantit pas seulement leur autonomie, elle permet surtout de verrouiller l'accès aux ressources spatiales, en limitant les possibilités d'affichage pour les agents périphériques. Ce sont précisément ces derniers (intermédiaires et loueurs) qui, par leur présence marginale ou l'effacement de leur visibilité dans l'espace, rendent justement visible le caractère excluant et hiérarchique de ces régimes d'appropriation.

Dans cette perspective, la visibilité devient une ressource limitée, soumise à des logiques de concurrence à la fois horizontales et verticales. Elle traduit également un processus d'esthétisation du soin, qui accompagne la normalisation architecturale des lieux de santé et transforme les quartiers concernés en vitrines du capitalisme médical. Comme l'ont souligné Souad Bouhadjar, Saïda Moulay-Tahar et Fatima Louati (2023) à propos des villes algériennes, l'enseigne commerciale dans les pays du Maghreb fonctionne aujourd'hui comme un support de distinction autant que d'uniformisation : elle matérialise les conflits d'usage des façades urbaines et traduit l'absence de régulation stable dans un contexte de privatisation progressive de l'espace public. Cette tension se retrouve dans le paysage médical sfaxien, où les agents les plus centraux sont capables de jouer des marges du cadre normatif pour maximiser leur présence, tandis que les

catégories marginales peinent à accéder à la visibilité, se repliant sur des formes d'affichage précaires ou illégitimes.

De la plaque aux façades : normalisation et expansion de l'affichage médical

Comme évoqué dans le chapitre précédent, les médecins sfaxiens recourent quasi exclusivement, pour se rendre visibles en leur nom propre, aux plaques professionnelles apposées sur les façades des immeubles où ils exercent, ainsi qu'aux annuaires professionnels en ligne. Le dispositif des plaques professionnelles constitue la principale forme autorisée de signalement individuel dans l'espace urbain. Cette pratique découle d'une régulation d'abord déontologique, qui en codifie strictement la forme, les dimensions et les informations autorisées. L'article 24 du code de déontologie médicale tunisien précise ainsi : « Les seules indications qu'un médecin est autorisé à faire figurer sur la plaque apposée à la porte de son cabinet ou à l'entrée de l'immeuble l'abritant sont le nom, le prénom, les titres, les qualifications, les jours et heures de consultation. Cette plaque ne doit pas dépasser 25 cm sur 30 cm. Sur la porte de son domicile, les seules indications qu'un médecin est autorisé à porter sont : les nom et prénom précédés du titre de docteur, quel que soit son mode d'exercice. »

Cette réglementation s'inscrit dans un héritage déontologique issu de la médecine occidentale, notamment française, fondé sur une éthique de la réserve professionnelle et du refus de la publicité. Il ne s'agit pas tant d'interdire la marchandisation de la médecine que d'encadrer les formes de sa visibilité, perçue comme devant rester discrète et digne. Ce cadre normatif exclut donc toute logique promotionnelle explicite et autorise uniquement un affichage sobre et codifié. Pour certain·es médecin, cette discrétion participe de la crédibilité de la profession, comme le rappelle, très crûment, et avec une certaine surinterprétation, Habib[111] lorsque je le questionne sur la publicisation des activités médicales en Tunisie :

> ***Habib :*** *Parce que monsieur, quand je vois dans le pays, je passe dans la rue, où je vois un panneau gigantesque avec le nom d'un médecin avec des slogans fades et cons… C'est un médecin ou un commerçant celui-là ?! Normalement le commerce est interdit en médecine ! Tout commerce est interdit, parce que là où il y a commerce il y a enjeu de la dépossession de la qualité des soins qu'on donne au malade. Le but de la médecine c'est de prendre en charge la santé du citoyen, de tous les citoyens, c'est une notion sacrée. S'il y a des gens qui n'y pensent pas, ils ne sont pas faits pour être médecins !*

[111] Entretien n° 28 avec Habib le 23 juin 2021 à Sfax.

Pourtant, l'affichage médical n'est pas neutre, d'autant plus par sa présence particulièrement intense dans le centre-ville de Sfax. Il constitue un vecteur d'appropriation symbolique de l'espace urbain, en particulier dans ce quartier à forte densité médicale. D'abord perçues comme une formalité, les plaques professionnelles ont progressivement structuré le paysage thérapeutique du centre-ville sfaxien. Jusqu'aux années 1990, leur intégration restait souvent maladroite, en raison de l'inadéquation du bâti existant. La Figure 64 ci-dessous montre que ces plaques étaient alors apposées dans des espaces interstitiels, peu visibles depuis la rue, et servaient davantage de repères fonctionnels que de véritables supports de communication ou de distinction.



Figure 64 – Plaques médicales repérées autour des premiers immeubles construits (voir chapitre 5) dans le quartier de Sfax El Jadida, le 17 avril 2022.

Dans cette première phrase comprise entre les années 1990 et début 2000, on repère des plaques souvent situées dans les halls d'entrée, ou dans des recoins semi-privés des immeubles, rarement exposées directement à l'espace public. Hormis quelques exceptions, comme une colonne de faux marbre à l'entrée d'un immeuble dont les dimensions correspondaient à ce type d'affichage (Figure 64-1), ces dispositifs restent discrets. Cette situation reflète un régime d'appropriation modeste, fondé sur l'usage

autonome d'espaces partagés, sans exclusivité, et sur une visibilité limitée, en cohérence avec un champ encore peu concurrentiel.

À partir des années 2000 cependant, la croissance rapide de la médecine privée et l'appropriation massive des grands immeubles construits le long de l'avenue de Carthage ont profondément transformé ces pratiques. De nouveaux aménagements (halls d'entrée spacieux, façades lisses et colonnes prévues pour l'affichage) ont permis une visibilisation beaucoup plus affirmée des plaques.



Figure 65 – Plaques médicales repérées autour des immeubles situés le long de l'avenue de Carthage, le 19 avril 2022.

La Figure 65 ci-dessus illustre ce tournant. Les plaques sont désormais intégrées à l'architecture elle-même, parfois selon des formats dictés par les promoteurs immobiliers[112]. Deux évolutions notables apparaissent : d'une part, les plaques médicales coexistent avec celles d'autres activités (paramédicales, commerciales), plus libres

[112] Entretien avec Haitem le 5 mai 2022 à Sfax.

stylistiquement ; d'autre part, leur orientation vers la rue et leur mise en scène par l'éclairage ou l'encadrement visuel renforcent leur capacité à capter le regard, y compris depuis les immeubles voisins. Cette transformation traduit l'entrée dans un régime de visibilité affirmé. Ces modifications, d'abord subtiles, se sont imposées tout au long du processus d'appropriation du quartier par la médecine capitaliste, et illustrent ce besoin d'affichage croissant dans un espace comptant potentiellement plusieurs dizaines de concurrent·es pour le cas des spécialités les plus investies. Ce mode d'appropriation témoigne ainsi d'un renforcement de l'autonomie des activités médicales dans l'espace urbain : elles s'affranchissent progressivement de la dépendance fonctionnelle à d'autres commerces ou services pour affirmer leur propre visibilité et légitimité. Elles n'atteignent toutefois pas une pleine exclusivité, la coprésence d'autres usages continuant de structurer le partage et la concurrence autour du quartier.

À partir des années 2010, les bâtiments conçus spécifiquement pour accueillir des cabinets médicaux le long des radiales ont participé activement à la mise en visibilité de la médecine en renforçant les normes autour des pratiques d'affichage. Le traitement architectural des façades, les matériaux choisis, les colonnes encadrant les entrées ou encore les inscriptions lumineuses (« *dar tabib* » ayant été fréquemment observé dans ce type de dispositif) visibles à distance (voir Figure 66 ci-dessous) constituent un cadre esthétique spécifique à la pratique privée et qui montre une forme d'appropriation exclusive du bâti par le capitalisme médical. Ces dispositifs transforment l'immeuble en signal urbain, support actif de la distinction professionnelle. Sans s'opposer frontalement aux cadres déontologiques, cette évolution joue sur un glissement progressif entre respect formel des normes et maximisation des effets de la visibilisation.



Figure 66 – Enseignes et façades conçues pour promouvoir les ensembles de cabinets médicaux le long de la route de Gremda, le 8 juin 2021 (2) et le 28 avril 2022 (1, 3).

Cette appropriation de l'espace, bien que symbolique au sens de Ripoll et Veschambre (2005), a des effets concrets. Elle participe à une forme de saturation visuelle de la médecine capitaliste dans la ville, notamment dans les quartiers requalifiés ou récemment construits. Elle traduit également une capacité à capitaliser sur l'accumulation historique de la présence médicale, tout en renouvelant ses formes selon les contraintes esthétiques, juridiques et commerciales du moment. Dans un paysage urbain hétérogène, cette visibilité tend à se normaliser et à s'imposer, esquissant une dynamique où elle peut devenir une source d'autorité, de légitimité et d'appropriation plus durable de l'espace bâti. Elle devient même, en un sens, une marque à part entière reflétant l'identité de la médecine sfaxienne.

Des pratiques qui traduisent des concurrences verticales et horizontales

L'appropriation visuelle de l'espace urbain par les agents du capitalisme médical dépasse largement le cadre des plaques professionnelles. Cliniques, pharmacies et laboratoires d'analyses s'inscrivent de manière plus directe dans les codes visuels de la ville marchande, mobilisant des dispositifs d'enseigne traditionnels (vitrines, enseignes murales, totems), dont les formes, matériaux et modes d'exposition s'inscrivent dans un registre visuel en mutation dans de nombreuses villes du Maghreb. Comme l'ont

montré Souad Bouhadjar, Saïda Moulay-Tahar et Fatima Louati (2023) à partir du cas algérien, les enseignes commerciales fonctionnent comme une interface entre commerce, culture et pouvoir. Elles mettent en évidence une transformation morphologique des enseignes : passant des formes artisanales et peintes aux dispositifs lumineux rétroéclairés ou en néons, selon les normes internationales. Cette évolution s'inscrit dans un contexte de privatisation croissante de l'espace public, marqué par l'absence ou l'obsolescence des normes réglementaires encadrant les façades. L'enseigne devient alors un support à la fois de distinction sociale et d'uniformisation esthétique, révélant des conflits d'usage de l'espace urbain et une standardisation de l'architecture commerciale. Ces tensions se retrouvent dans les formes d'appropriation esthétique des rues par les établissements médicaux sfaxiens, qui mobilisent de plus en plus aussi des supports numériques et lumineux, dans une logique de captation et de distinction symbolique à toute heure de la journée et de la nuit. Cette dynamique marque un tournant vers une esthétisation accrue des façades médicales, notamment depuis les années 2010.



Figure 67 – Enseignes lumineuses des cliniques Errayhane (1) ; Ibn Khaldoun (2) ; El Medina (3) dans le quartier Sfax El Jadida (1, 3), le 22 avril 2022 et kilomètre 3 de la route de Gremda (2) le 17 avril 2022.

Comme l'illustre la Figure 67 ci-dessus, plusieurs cliniques privées récemment construites, telles qu'El Medina, Errayhane ou Ibn Khaldoun montrées ici, recourent à des enseignes lumineuses monumentales, positionnées sur les toits ou le long des voies d'accès. Ces dispositifs ne relèvent pas uniquement de la signalétique : ils fonctionnent comme des marqueurs territoriaux et identitaires, en affichant à la fois la marque propre de l'établissement, une forme de label collectif de la médecine sfaxienne, et plus largement une identité associée au commerce et à la réussite économique. Pour le directeur général de la clinique Ibn Khaldoun, l'enseigne devient un outil de promotion, voire de démarchage, mettant en avant non seulement les pôles médicaux, mais aussi des produits ou services partenaires, dans une logique d'intégration de son service à l'économie urbaine de Sfax, au-delà de ses intérêts strictement médicaux.

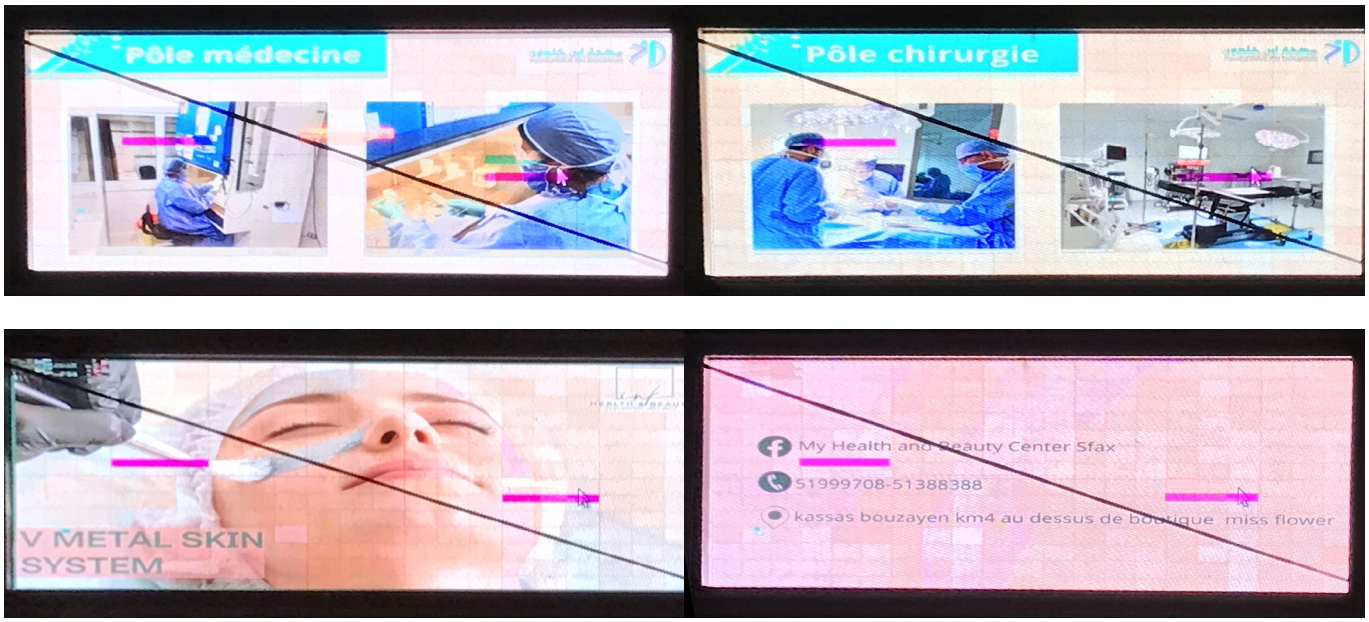


Figure 68 – Exemple de publicités diffusées sur le panneau lumineux[113] de la clinique Ibn Khaldoun, route de Gremda kilomètre 3 le 17 avril 2022.

La Figure 68 ci-dessus montre justement la diffusion de publicités sur un panneau lumineux implanté devant la clinique, affichant conjointement son logo et ceux d'entreprises associées. Ce type d'affichage marque une rupture avec les pratiques habituellement admises de discrétion dans le champ médical. Il s'inscrit dans une tendance plus large d'esthétisation commerciale des grandes enseignes, déjà identifiée dans les travaux de Robert Venturi et Denise Scott Brown (2000), ou plus récemment dans ceux de Stéphanie Le Gallic et Cécile Armand (2018), qui ont montré combien l'éclairage urbain et les enseignes jouent un rôle central dans la fabrique du paysage urbain moderne. La Figure 69 ci-dessous montre, dans le centre-ville et le long de la route de Gremda, la multiplication de ces enseignes colorées, lumineuses, suspendues ou

[113] La ligne oblique coupant l'affichage sur sa diagonale était un défaut du panneau lumineux et ne résulte pas de la prise de photographie ou d'un post-traitement appliqué.

peintes, occupant les façades, les vitres et parfois même les trottoirs. Les laboratoires, en particulier, tendent à dominer l'espace visuel par des dispositifs plus volumineux que ceux des commerces classiques.

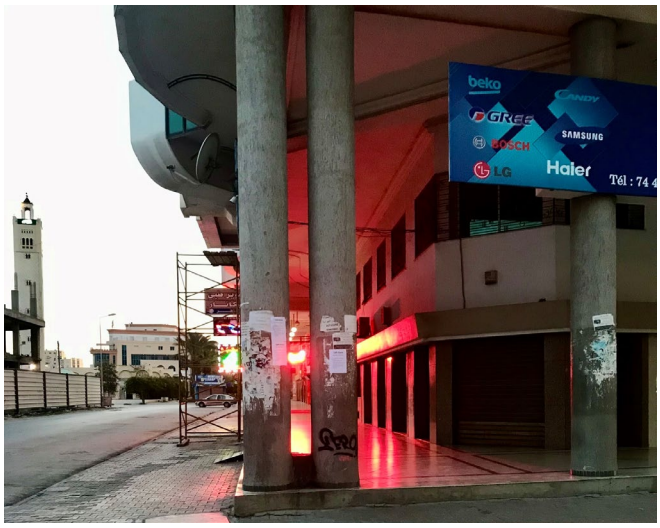






Figure 69 – Enseignes et bannières d'officines et laboratoires, avenue de Carthage le 9 avril 2022 (1, 3) et route de Gremda kilomètre 2,5 le 28 avril 2022 (2)

Ce positionnement dans l'espace public témoigne d'une tension paradoxale : les agents les plus centraux dans le champ médical (médecins spécialistes et actionnaires) bénéficient d'une visibilité déjà légitimée, quand d'autres agents, plus périphériques (pharmacien·nes, médecins biologistes), doivent mobiliser des formes d'affichage plus ostentatoires pour exister dans cet environnement concurrentiel. Dans ce contexte, les régimes d'appropriation de ces différentes catégories d'activités relèvent tous, pour reprendre la typologie de Ripoll et Veschambre (2005), d'une certaine autonomie : chacun dispose d'une capacité à s'affirmer dans l'espace urbain par ses propres formes de visibilité et de légitimation. Leur exclusivité demeure en revanche limitée, car ces dispositifs reposent toujours sur des supports partagés (façades, toits, vitrines) qui

contraignent leur appropriation à coexister avec d'autres usages. Cette configuration traduit, pour les agents situés au centre du champ médical, une concurrence horizontale autour des mêmes supports, tandis que pour les agents plus périphériques elle prend la forme d'une lutte asymétrique pour exister face à la domination des positions centrales.

L'appropriation par les enseignes médicales est avant tout basée sur la propriété immobilière et traduit donc, *in fine*, la capacité de visibilité dans l'espace et le capital dont disposent les agents. La question de l'affichage concerne néanmoins particulièrement les loueurs d'appartements et les intermédiaires. Ces derniers doivent se faire connaître soit par les médecins, soit par les patient·es à la recherche d'une location à la nuitée. Dans ce cas, le recours aux affichettes papier au format A4 (voir Figure 70 ci-dessous) est très fréquent. Une manière peu coûteuse, mais aussi peu efficace et symboliquement dévalorisée de promouvoir leur offre, notamment du fait de la densité et de l'illégitimité de ce type d'affichage parmi les nombreuses autres enseignes.



Figure 70 – Affiches papier au format A4 dans le quartier de Sfax El Jadida, à proximité des cabinets, avril et mai 2022. Traduction libre : (1) à louer (sans plus de précision, affiche fréquemment employée pour des locations à la nuitée) ; (2) plusieurs affiches dont deux pour des logements/bureaux en location, deux sans lien avec la médecine et une affiche pour un soin par le massage ; (3) Affiche indiquant explicitement une location de bureau pour un cabinet ; (4) Affichage proposant des trajets aériens entre l'aéroport de Tunis et de Tripoli, comprenant notamment le transfert par la route depuis Sfax.

Pour les catégories les plus marginales du champ, la présence dans l'espace ne repose pas tant sur la capacité à afficher une enseigne durable que sur l'occupation physique des lieux et la mobilité des corps. Faute de disposer d'une assise foncière ou symbolique équivalente, ces agents investissent l'espace par des formes d'appropriation temporaires et mouvantes. Les *samsar*s, évoqués au chapitre 4, en sont une illustration particulièrement parlante : leur activité repose sur le fait d'occuper les coursives, les entrées d'immeubles ou les abords des cliniques, en se rendant visibles par leur déplacement et par l'interpellation directe des patient·es. Leur présence est donc moins fixée par un ancrage matériel que par une circulation constante, qui constitue à la fois leur ressource principale et la condition de leur légitimité dans un environnement où ils demeurent dépourvus d'enseignes, de titres de propriété ou de reconnaissance institutionnelle.

La distribution géographique de ces dispositifs visuels est enfin elle-même révélatrice. Tandis que le centre-ville, héritage d'un urbanisme planifié, impose des formes de visibilité qui se sont adaptées puis imposées avec le temps, les radiales de la périphérie offrent davantage de marge pour une appropriation exclusive de l'espace par les agents dominants du champ. L'urbanisation linéaire de ces axes, combinée à la croissance de la mobilité automobile, favorise l'émergence d'un paysage médical structuré autour de la signalisation, de la vitrine et de la lumière. Dans ce cadre, l'enseigne devient un vecteur d'attractivité, un signal de modernité, mais aussi un outil d'éviction pour les formes d'exercice plus modestes ou non conformes à cette norme esthétique dominante. Je n'ai pas retrouvé, par exemple, une telle densité d'affichettes le long des radiales où elles sont presque absentes des façades.

2 – Organiser l'accessibilité : mobilités et économie du stationnement

Le stationnement automobile permet de renforcer cette lecture pour saisir les formes d'appropriation des espaces urbains par les agents du capitalisme médical. Si la voiture reste un vecteur logistique essentiel de l'économie des soins transnationaux (Figure 71) qui s'organise à Sfax (Rouland, Jarraya et Fleuret 2016), son usage, et surtout l'accès aux dispositifs qui lui sont associés, révèlent des rapports inégaux à l'espace selon la position occupée par les agents dans le champ médical. En articulant les deux terrains étudiés, le quartier dense et partiellement régulé de Sfax El Jadida et les radiales périphériques largement façonnées par la promotion médicale, je montre ici que le stationnement constitue une ressource à la fois disputée et hiérarchisée. Il est d'abord organisé par les institutions publiques (municipalité, aménageur), mais s'avère de plus en plus gouverné, dans les faits, par les établissements de soins eux-mêmes. Il devient ainsi un indicateur pertinent de l'autonomisation croissante des agents dominants dans leur rapport à l'espace urbain tout en renforçant l'exclusivité de l'usage à leur profit.



Figure 71 - 1) Une série de voitures immatriculées en Libye sont stationnées devant un immeuble de cabinet à Sfax El Jadida, le 9 avril 2022 (2) trafic et stationnement le long de l'avenue de Carthage vers midi le 30 mai 2023.

Dans le centre-ville, la fragmentation du foncier, la cohabitation fonctionnelle et les logiques de négociation quotidiennes maintiennent un régime d'appropriation que l'on peut qualifier d'autonome, mais non exclusif. Les médecins y disposent d'une autonomie réelle dans la mesure où ils peuvent exercer et rendre visibles leurs activités sans dépendre directement d'autres fonctions urbaines. Mais cette autonomie reste limitée par une absence d'exclusivité : leur appropriation de l'espace doit se négocier avec d'autres usages résidentiels, marchands ou informels qui coexistent et restreignent toute monopolisation des lieux. À l'inverse, le long des radiales, la reconfiguration de la forme urbaine, la réglementation sur les gabarits et l'intégration du stationnement dans les projets immobiliers ont permis l'émergence d'un régime d'appropriation par les agents dominants du champ à la fois autonome et exclusif.

Ce basculement s'opère d'abord au bénéfice des médecins et des établissements de soins. Il est pourtant révélateur d'un autre mouvement parallèle : celui de la tolérance plus ou moins assumée envers les agents subalternes du champ médical, tels que les ambulanciers et les accompagnant·es des patient·es. Ces dernier·es bénéficient d'une certaine légitimité dans le champ médical, en tant qu'agents indispensables de la filière médicale, mais cette reconnaissance demeure strictement contrainte par leur domaine de spécialité et par leur rôle subalterne, qui ne leur confère ni autonomie pleine ni capacité à s'imposer au-delà de ces fonctions. Leur visibilité, leur rôle d'attente et leurs pratiques d'occupation, notamment par le stationnement prolongé ou l'attente en véhicule, montrent comment leurs usages ont été intégrés aux modalités contemporaines de l'appropriation de l'espace par le capitalisme médical. C'est ainsi une lecture relationnelle du stationnement que je propose ici : non comme infrastructure technique, mais comme espace de pouvoir, de visibilité, et de distinction entre les régimes d'appropriation urbains définis par le capitalisme médical.

Le stationnement en centre-ville : une ressource disputée

L'appropriation de l'espace se distingue ici également assez nettement entre le centre-ville et les radiales. Dans le quartier de Sfax El Jadida, la fréquentation des centres médicaux par une importante patientèle libyenne a dynamisé un marché du stationnement fragmenté entre plusieurs types d'acteurs.

La municipalité possède les places de stationnement public le long de la voirie, souvent organisées en épi ou en double file. Leur gestion quotidienne est confiée à des prestataires privés, qui supervisent plusieurs *3assas*[114] chargés de réguler et de faire payer les usagers pendant la journée. Par ailleurs, la Société d'aménagement de Sfax El Jadida (SASEJ) gère un parking-silo situé au centre du quartier. Enfin, les propriétaires et les syndics d'immeubles disposent de parkings souterrains dont l'usage est à leur discrétion. Ces différents dispositifs témoignent d'une stratification fonctionnelle des usages.

Les stationnements de courte durée, en surface, sont les plus sollicités et visibles en journée, notamment entre 9 h et 17 h. Ils font l'objet d'une attention soutenue de la part des agents de l'intermédiation, qui veillent à en faciliter l'accès pour les patient·es, notamment en négociant un traitement préférentiel avec les *3assas*. Autour de ces espaces s'est développée une économie informelle de microservices (Figure 72 ci-dessous), incluant l'entretien, le lavage des voitures ou le ravitaillement en carburant. Le tarif usuel du stationnement est d'un dinar tunisien (environ 0,30 €) pour une journée, sans limitation de durée.



Figure 72 – (1) Activité d'un 3assa autour d'une famille libyenne venant de stationner le long de l'avenue de Carthage, Sfax, le 6 mai 2022 ; (2) Un groupe d'hommes fait le plein du réservoir d'une voiture immatriculée en Libye au pied d'un immeuble de cabinet.

[114] Littéralement « gardien » en tunisien, désignant par extension ceux qui gèrent les stationnements dans l'espace public. Il s'agit d'un terme à connotation péjorative, car la pratique ne relève pas toujours d'un régime formel. Traduction au masculin uniquement, car je n'ai pas eu connaissance de femme exerçant cette activité.

Le stationnement de longue durée, associé à des séjours médicaux de plusieurs jours, repose sur une offre plus variée : parkings municipaux, parking-silo de la SASEJ, terrains vagues et garages souterrains. De l'aveu de ses dirigeants, la SASEJ peine à rentabiliser son silo, largement sous-utilisé[115]. En cause, l'utilisation informelle de nombreux terrains vagues dans le quartier, conséquence d'une occupation encore incomplète des lots aménagés par la société. Bien que le stationnement y soit techniquement interdit, la municipalité tolère ces usages face à la pression de la demande.

La question de la sécurisation des véhicules, en particulier pour les patient·es étranger·es qui transportent parfois de nombreux effets personnels, rend les garages souterrains incontournables pour les séjours de plusieurs nuits. Ces parkings, utilisés dans le cadre de locations à la nuitée, offrent une solution sécurisée pour la durée du séjour. Bien que leur usage reste marginal par rapport au stationnement en surface, ils permettent aux propriétaires, souvent détenteur·ices d'un logement et d'un garage, de rentabiliser leur bien en intégrant la chaîne de services liés aux soins. Le prix du garage est généralement négocié en même temps que le logement, entre 10 et 20 dinars tunisiens par nuit (soit environ 3 à 7 €), pour la durée du séjour, un service bien plus onéreux que le stationnement dans l'espace public. Aucune tarification n'a pu être observée hors de ce cadre locatif conjoint, et les affichettes évoquées plus tôt ne mentionnent jamais explicitement ces montants, laissant la négociation comme modalité standard. Ces tarifs m'ont été communiqués directement par des intermédiaires rencontrés sur le terrain.

Le stationnement comme extension de la salle d'attente

Le long des radiales, le système repose sur des bases a priori similaires à celles observées dans le centre-ville, à la nuance près que le stationnement dans l'espace public y est bien plus marginal. L'organisation du stationnement repose donc en grande partie sur des espaces privés. Les voitures sont majoritairement garées devant les bâtiments qui disposent d'emplacements en surface, et plus rarement dans des parkings souterrains intégrés aux projets immobiliers les plus récents.

Depuis les années 2010, la municipalité de Sfax impose, par le biais du Plan d'aménagement urbain (PAU), un retrait de 10 mètres aux immeubles construits le long des radiales classées en zone Ua2 (voir chapitre 5). Cette zone correspond aux secteurs urbains destinés à des constructions mixtes ou à dominante résidentielle, avec une densité relativement faible. Ce retrait est destiné à respecter les normes en matière de stationnement, qui sont elles-mêmes conditionnées par le type de construction. Les immeubles d'habitation doivent prévoir au minimum une place de stationnement par logement. Les exigences sont plus strictes pour les commerces et les bureaux, dont le nombre de places requises est corrélé à la surface de plancher occupée. Les immeubles

[115] Entretien n° 50 avec Haitem le 5 mai 2022 à Sfax et entretien n° 51 avec Saif-eddine le 6 mai 2022 à Sfax.

mixtes de cabinets médicaux entrent typiquement dans cette catégorie, ce qui impose en général entre 10 et 20 places à répartir entre le souterrain et l'espace dégagé entre la voie publique et la façade. Par ailleurs, ce même règlement impose que les établissements recevant du public disposent d'un nombre minimal de places accessibles directement depuis la rue.

Ces nouvelles formes de stationnement, imposées par le règlement, sont investies de manière opportuniste par certains agents du capitalisme médical. Deux usages nouveaux ont notamment été observés : l'un par les patient·es, en particulier libyen·nes, l'autre par les ambulanciers. Concernant les cabinets, j'ai observé à de nombreuses reprises les personnes accompagnant les patient·es monter jusqu'au cabinet, puis attendre dans leur véhicule. Parce que les familles libyennes se déplacent souvent à plusieurs, il est rarement envisageable de multiplier le nombre d'accompagnant·es dans les salles d'attente. Or, la configuration du bâti le long des radiales, sans coursives, avec peu de cafés mixtes et proches, incite les accompagnant·es à rester stationné·es, parfois moteur allumé avec climatisation, le temps de la consultation ou des soins, qui peut durer jusqu'à plus d'une heure selon l'affluence, transformant ainsi le parking en un espace d'usage.



Figure 73 – (1) Une ambulance libyenne stationnée le long de la route devant la clinique Chams, route de Gremda, Sfax, le 13 novembre 2018 (2) trois ambulances libyennes stationnées devant la clinique Errachid, route Lafrane le 21 juin 2022.

Devant les cliniques, le stationnement en surface est également rendu obligatoire par le règlement, mais il est surtout approprié par les ambulanciers libyens. Comme évoqué au chapitre 4, ces derniers effectuent des allers-retours entre la Tunisie et la Libye avec des patient·es, qu'ils recrutent via des institutions de soins ou des intermédiaires. Lorsqu'un séjour médical dépasse une journée, les ambulanciers cherchent à optimiser leur trajet de retour en trouvant d'autres patient·es à transporter. Le stationnement prolongé devant les cliniques devient alors un moyen d'attente et de démarchage passif. Cette occupation de l'espace est négociée entre les ambulanciers et les cliniques. Adnene[116], directeur d'un établissement sur la route de Gremda, explique :

[116] Entretien n° 71 avec Adnene le 13 mai 2022 à Sfax.

Adnene : L'ambulancier, il cherche le retour, c'est-à-dire ne pas retourner vide.

Théo Maurette : Ah il veut faire des courses dans les deux sens ?

Adnene : Dans les deux sens, oui. Nous on prépare des patients qui vont partir, et on leur adresse pour qu'ils les ramènent.

Théo Maurette : Et du coup en attendant, après qu'il a déposé le patient, s'il y a deux jours d'opération, il attend deux jours ?

Adnene : Il peut attendre deux jours de temps en temps. Mais généralement il veut revenir le jour même s'il y a des patients à amener. Il gare son ambulance devant la clinique et il attend qu'on le contacte ou qu'un patient l'appelle directement. C'est pour ça qu'il se gare devant ici, pour être vraiment visible pour les patients qui sortent. En fait c'est comme une publicité ! C'est un service commun donc on laisse faire, il nous amène des patients, il faut qu'il puisse repartir avec ceux qui ont fini leurs soins.

Cette appropriation des parkings des cliniques déborde parfois sur les rares emplacements publics disponibles le long des radiales. Elle reste cependant permise par une offre relativement importante d'espaces de stationnement en surface. Cette tendance participe à la fabrication d'un paysage urbain étroitement imbriqué dans les dynamiques du capitalisme médical. Le stationnement n'est plus seulement une ressource logistique : il devient un espace d'attente, de circulation et de visibilisation. Sa gouvernance, largement déléguée aux établissements de soins, transforme l'espace public réglementé en un espace semi-privé orienté vers l'activité médicale.

À la différence du centre-ville, où la municipalité conserve un certain contrôle sur les usages de la voirie, les radiales offrent un contexte d'appropriation bien plus favorable aux acteurs privés. Les agents du capitalisme médical y définissent eux-mêmes les modalités d'usage légitime. Le stationnement y passe ainsi, là encore, d'un régime d'autonomie non exclusive dans lequel les usagers peuvent utiliser l'espace sans dépendre des autres, à un régime d'exclusivité, dans lequel l'espace est réservé de facto à certains usages ou certains acteurs. Cette exclusivité ne découle pas d'une interdiction formelle, mais de la manière dont la forme urbaine, les normes de construction et les pratiques des agents dominants convergent pour restreindre les usages alternatifs. L'espace de stationnement devient dès lors un révélateur des hiérarchies internes à la médecine capitaliste et de son emprise croissante sur l'urbanisation périphérique. Il montre en outre comment les agents périphériques que sont les ambulanciers restent plus largement tolérés et légitimes dans ces espaces que les intermédiaires du centre-ville. Néanmoins cette tolérance se fait au détriment, pour eux, d'une perte de leur

autonomie dans ces espaces, puisque la visibilité de leur activité dépend des cliniques et n'est donc plus autonome.

3 – Occuper la ville : contrôler les lieux et filtrer les usages

L'organisation spatiale du capitalisme médical ne transforme pas uniquement les institutions, les flux ou les formes bâties. Elle modifie également les conditions de l'activité des agents périphériques, et en particulier ceux de l'intermédiation, qui jouent un rôle important dans la mise en relation des patient·es et des prestataires. Ces agents, qui ne sont ni médecins ni gestionnaires, mais dont l'activité repose sur la capacité à circuler et à connecter, voient leurs marges de manœuvre évoluer en fonction du régime d'appropriation des lieux dont ils dépendent.

Dans le centre-ville, leur présence reste marquée, visible, et fondée sur une connaissance fine des circulations, des signes faibles, et des opportunités de captation de la patientèle. Ils tirent parti d'un espace dense, fragmenté et difficilement compréhensible pour les patient·es étranger·es, espace dans lequel l'absence d'exclusivité de l'appropriation leur permet d'agir sans trop de contraintes. Mais cette liberté ne signifie pas que leur activité est autonome : elle se construit dans la proximité et l'interdépendance à d'autres figures du quartier (*3assas*, commerçants, gardiens), à travers des tactiques relationnelles qui mêlent assistance, mise en confiance, et captation plus ou moins discrète des revenus du capitalisme médical.

À l'inverse, le long des radiales et notamment sur la route de Gremda, les agents de l'intermédiation ne trouvent pas les mêmes leviers d'action. Les espaces y sont configurés différemment de sorte que leur contrôle dépend bien plus directement des aménagements conçus par les institutions médicales dominantes. La morphologie urbaine réduit largement les opportunités d'une présence informelle. L'appropriation y devient plus exclusive, et l'autonomie des agents non affiliés s'en trouve contrainte. Face à ces limites, les intermédiaires adaptent leurs pratiques : en se tournant vers des formes de coordination à distance, en entretenant des réseaux transnationaux, notamment par le biais des médias numériques et des réseaux sociaux en ligne.

Ce point montre ainsi comment la tension entre autonomie et exclusivité détermine les formes concrètes de présence, de circulation et de pouvoir des agents de l'intermédiation dans la ville. Si ces derniers restent actifs, leurs spatialités se recomposent, montrant à la fois l'expression spatiale des frontières mouvantes du champ médical capitaliste et les dynamiques inégalitaires d'appropriation qu'il produit.

Faire centre : organiser la rencontre et la circulation dans un espace suroccupé

Les agents de l'intermédiation, bien que marginalisés, occupent une position charnière dans l'économie des soins, en mettant en relation les patient·es, les prestataires de service et les professionnel·les de santé (voir chapitre 4). Dans le centre-ville, leur activité prend une tournure spatiale particulière : elle repose sur une connaissance fine du quartier, sur l'entretien de sociabilités de voisinage avec d'autres agents (comme les *3assas*, les gardiens d'immeuble ou les cafetiers) et sur l'aptitude à repérer des signes d'indécision, d'attente ou de vulnérabilité chez les passant·es. Cette manière de composer avec ce quartier complexe relève, au sens proposé par Emmanuel Bioteau (2005) d'une appropriation cognitive des lieux : l'intériorisation de repères et de connaissances, de savoirs et de savoir-faire qui permettent de s'y mouvoir sans s'y perdre et de convertir ces savoirs en ressource stratégique. Ces tactiques permettent de s'insérer dans les circulations denses du centre-ville et de se rendre indispensables dans un environnement où les flux médicaux, commerciaux et automobiles se superposent. Ces types de pratiques sont courantes dans le milieu du commerce de rue (Gauvain 2006) ou du tourisme (Fourie, Saayman et Blaauw 2025), avec ici la particularité de se structurer autour de services médicaux, l'expertise de l'espace, acquise par la pratique, étant convertie en capital d'intermédiation :

(1/2) Observation de l'avenue de Carthage le 30 mai 2023 à 11 h.

C'est l'heure de pointe dans le centre-ville de Sfax, la circulation se densifie de minute en minute et beaucoup de monde circule sous les coursives. Le flux incessant de voiture et de piétons rend l'espace très confus pour un œil inaverti, y compris depuis le point de vue surélevé que nous avons[117] trouvé dans un café situé sur l'avenue.

Notre attention est portée sur les entrées d'immeuble situées juste en face de nous. Plusieurs personnes en rentrent et sortent munies de grandes pochettes en papier blanc, un signe qu'elles transportent très probablement des analyses médicales avec elles. L'immeuble situé juste en face de notre point de vue dispose justement d'un laboratoire d'analyses par IRM situé au rez-de-chaussée. Parmi ces personnes, un couple s'arrête un instant à l'entrée de l'immeuble et parcourt les plaques du regard. Leur apparente hésitation attire l'attention du gardien de l'immeuble, qui était assis à quelques mètres de là,

[117] Ce temps d'observation a été réalisé collectivement dans le cadre du programme Vilmouv aux côtés de Thomas Pfirsch.

fumant une cigarette. En quelques mots il leur désigne un autre immeuble, situé plus loin le long de l'avenue.

À peine quelques instants plus tard, un groupe de personnes plus important s'approche de lui et le questionne directement, il leur désigne d'un geste l'intérieur de l'immeuble qu'il garde et dans lequel le groupe s'engouffre aussitôt.

Le gardien part ensuite discuter quelques instants avec un homme qui attendait à proximité depuis plusieurs minutes. Un homme vêtu d'une robe traditionnelle (probablement un Libyen, qui sont fréquemment habillés de la sorte) sort au même moment de l'immeuble et se poste sur le bord de la coursive. Il semble préoccupé et dans l'attente de quelque chose.

Une voiture immatriculée en Libye quitte le trafic de l'avenue pour se présenter au niveau des stationnements en épi devant l'immeuble. Aussitôt, l'un des *ʒassa,* habillé d'un gilet orange fluo, accompagne sa manœuvre avec une certaine révérence, qui nous apparaît surjouée. À l'arrêt du véhicule, il viendra ouvrir la porte du conducteur, feignant de l'accueillir comme un VIP. Alors que le conducteur se dirige vers son passager qui porte une canne pour l'aider à descendre, l'homme qui discutait avec le gardien de l'immeuble quelques minutes plus tôt vient à leur rencontre et les salue chaleureusement. S'ensuivront deux discrètes poignées de mains monnayées, à destination de *l'ʒassa* d'abord, puis de cet homme, que nous identifions alors comme un *samsar,* qui invite ces deux clients à le suivre en direction d'un immeuble situé plus haut sur l'avenue.

Ce type d'interaction montre la manière dont les agents de l'intermédiation s'insèrent dans les circulations du centre-ville en repérant les signes d'hésitation ou de difficulté, et en mettant en scène leur disponibilité à rendre service. Ils rendent intelligible un espace complexe et congestionné, en y proposant une orientation et des services individualisés. Cette assistance est rarement gratuite, même lorsqu'elle prend la forme d'une hospitalité mise en scène. Elle repose sur une stratégie relationnelle de captation, dans laquelle l'intermédiaire anticipe les besoins, propose des services variés et se rend indispensable pour les patient·es comme pour les professionnel·les du soin. C'est tout le rôle développé par les *samsar,* dont la spécialité réside justement dans la multiplication des microservices rendus aux patient·es et leurs accompagnant·es :

(2/2) Observation de l'avenue de Carthage le 30 mai 2023 à 11 h 20.

Une voiture, immatriculée en Libye également, vient se présenter le long des stationnements en épi devant les immeubles de la rue de Carthage. Son conducteur ne descend pas et *l'3assa* vient échanger quelques mots avec lui, puis part organiser les circulations piétonnes et routières autour de son véhicule. Dans le même temps, un groupe de trois hommes sortent de l'immeuble, ils portent un vieil homme qui semble souffrant en direction de la voiture. Ils sont accompagnés d'un autre homme, dont le style vestimentaire détonne avec celui des autres et qui les guide à travers la foule de la coursive et des stationnements. Le groupe s'active pour asseoir le vieil homme à l'arrière de la voiture. L'un d'entre eux discutera avec celui que j'identifie alors comme leur intermédiaire, un *samsar*. Ce dernier quittera le groupe en même temps que la voiture en tapotant sur le toit dans un geste amical. Il rejoindra par la suite le gardien de l'immeuble qui a assisté à la scène depuis la coursive.

Les coursives, les cafés et les points de surplomb sur l'avenue forment un réseau d'observation et d'attente à partir duquel ces agents peuvent identifier les signes d'indécision ou de besoin et procéder à un profilage de leur potentielle clientèle. Ces lieux leur permettent d'activer une coopération avec d'autres agents, comme les gardiens, les *3assas* ou les commerçant·es. Les agents s'y répartissent les zones de travail, chacun intervenant à proximité d'un immeuble ou d'un ensemble de cabinets selon des logiques familiales ou relationnelles[118]. Ce mode de fonctionnement semi-formalisé ne repose pas sur des barrières physiques ou des règles écrites, mais sur une reconnaissance mutuelle des places occupées. Il en résulte une forme d'appropriation de l'espace fondée sur la présence, la vigilance et la capacité à entrer en contact.

Cette appropriation de l'espace n'est pas tout à fait autonome : si les agents agissent pour leur propre compte et ne sont pas directement liés aux structures médicales, ils sont dépendants à la fois des types d'activités qui ont investi le quartier central de Sfax El Jadida, et de l'activité commerciale proposée par les activités médicales et de leur relative tolérance envers ce système d'intermédiation. L'appropriation n'est pas non plus exclusive, dans la mesure où d'autres peuvent circuler dans ces espaces ou y développer des activités concurrentes. Ces agents bénéficient cependant de la complexité de ces espaces centraux et de la concentration des activités qui y favorise la concurrence, et les difficultés d'accessibilité que ses formes urbaines produisent. Ce qui se rapporte par ailleurs à une autre conception de l'appropriation développée par Ripoll et

[118] Entretien n° 31 avec Zakaria le 29 juin 2021 à Sfax, traduit de l'arabe par Sami Benfguira et Taher Yengui.

Veschambre (2005) qui a trait à la connaissance et à l'aisance au sein des espaces. Ce qui se joue ici, ce n'est pas tant la solidarité que la production d'une offre de services adossée à une spatialité dense, difficile à appréhender pour les patient·es étranger·es. L'intermédiaire agit comme facilitateur et accompagnateur, au prix d'une contrepartie discrète, mais non moins obligatoire.

Dématérialiser sa pratique : contourner l'appropriation exclusive par les agents dominants du champ

Le long des radiales où s'implantent les nouveaux produits immobiliers médicaux, notamment sur la route de Gremda, les intermédiaires de rue sont bien plus difficiles à repérer. Leur présence est quasi invisible aux abords des centres médicaux construits dans les années 2010-2020. Cette raréfaction s'explique par plusieurs facteurs. Premièrement, les pratiques de l'intermédiation s'appuient de plus en plus sur les outils numériques pour recruter et accompagner les patient·es. Deuxièmement, l'organisation même des lieux, subséquente aux évolutions du marché immobilier médical et décrite dans le chapitre 5 (façades lisses, retrait par rapport à la voirie, absence de coursives ou d'espaces d'attente partagés) ne permet pas une surveillance informelle des espaces publics et semi-publics par les agents concernés. Ici, les agents dominants du capitalisme médical exercent un contrôle plus direct (parfois même par l'intermédiaire de la vidéosurveillance ou par un réseau de gardiennage, comme évoqué au chapitre 4), rendant ces espaces moins accessibles aux intermédiaires non affiliés.

Cette configuration urbaine transforme les opportunités des intermédiaires. À la place d'une présence physique continue dans l'espace public, les agents développent des formes de coordination à distance. Zakaria, évoqué plus haut, a ainsi renoncé à démarcher les patient·es dans la rue. Son activité de location d'appartements s'appuie désormais sur un réseau de contacts tissé entre Sfax et la Libye, relayé via téléphone et messagerie en ligne. Les cafés qu'il fréquente ne sont plus des postes d'observation, mais des lieux de rendez-vous ou des bureaux temporaires, où il reçoit ses contacts et organise les séjours. Cette spatialité nouvelle de l'intermédiation s'appuie non plus sur la complexité de l'espace, mais sur la capacité à mettre en relation des agents parfois distants de plusieurs kilomètres dans la ville. Le démarchage des patient·es se faisant en amont du séjour, il s'agit désormais de trouver les médecins, logeurs et autres fournisseurs de services au meilleur prix à travers toute la ville et non plus seulement sur un secteur central.

Marwen[119], un autre intermédiaire, incarne une logique de dématérialisation encore plus poussée. Entièrement en ligne, il gère depuis ses smartphones un site web, une page Facebook et la messagerie WhatsApp. Son objectif est de limiter au maximum les déplacements intra-urbains de ses client·es, en leur proposant des séjours médicaux

[119] Entretien n° 27 avec Marwen le 21 juin 2021 à Sfax.

tout compris, avec transfert depuis l'aéroport directement vers les cliniques partenaires. Pour lui, l'espace urbain dense du centre-ville est un obstacle à cette pratique, tandis que les cliniques de la route de Gremda, accessibles et bien équipées, offrent un cadre plus favorable à cette forme d'intermédiation, d'autant plus que le regroupement spatial de la clinique et du cabinet lui permet de proposer les prestations de consultation et d'opération dans des lieux similaires.

Ces pratiques s'inscrivent dans un mouvement plus large d'organisation du voyage médical à distance. Comme l'a montré Mohamed-Lamine Benayache (2019) pour les couples algériens se rendant en Tunisie pour une PMA, les forums et groupes de discussion permettent de préparer le séjour en amont, réduisant la dépendance aux intermédiaires de rue. Cette tendance est confirmée par les médecins enquêté·es, qui soulignent l'importance croissante d'une bonne réputation en ligne plutôt que dans la rue. Cela reconfigure profondément l'économie relationnelle de la médecine transfrontalière. Ainsi, l'intermédiation ne disparaît pas, mais elle se recompose : les profils sociaux de celles et ceux qui l'exercent se transforment sous l'effet des reconfigurations de l'espace induites par le capitalisme médical. Aux intermédiaires informels du centre-ville se substituent progressivement d'autres agents, plus intégrés aux circuits institutionnels ou commerciaux, qui adaptent leurs pratiques à des espaces moins perméables à la présence informelle. Dans ce contexte, leur capacité d'appropriation directe de l'espace s'affaiblit au profit d'une logique de coordination à distance. Ce n'est plus la maîtrise d'un espace fragmenté et illisible qui fait leur force, comme dans le centre-ville, mais la capacité à articuler des points distants, à organiser des flux et à négocier des accès dans un système où l'exclusivité spatiale est désormais détenue par les cliniques et les propriétaires des immeubles de cabinets médicaux.

Conclusion de section

Les formes d'appropriation spatiale observées dans les espaces du soin à Sfax renforcent l'analyse d'une structuration profondément inégalitaire du champ médical capitaliste. Loin de se réduire à de simples occupations fonctionnelles de l'espace, elles traduisent la distinction des positions symboliques dans un espace social traversé par des rapports de pouvoir. Rendre visible sa présence, contrôler les mobilités, filtrer les usages de l'espace urbain : autant de pratiques qui expriment des hiérarchies sociales et professionnelles bien réelles. Ces logiques d'appropriation, qu'elles soient matérielles (par la propriété foncière, l'accès à la signalétique, l'aménagement des stationnements) ou symboliques (par les stratégies de distinction, d'effacement ou de discrétion), sont indissociables des mécanismes de concentration du capital médical dans certains espaces du champ.

À travers les dispositifs analysés (enseignes, façades, stationnements, modalités d'accueil) se dessine une spatialité du champ médical, qui fonctionne comme un miroir de sa structuration interne : entre autonomie et subordination, exclusivité et

cohabitation. La ville reflète ici les positions sociales, des ressources distinctes et des capacités inégales à transformer l'espace en ressource stratégique. Ce qui s'institue, notamment le long des radiales, n'est pas seulement une architecture de la visibilité, mais un mode d'appropriation durable, où l'espace bâti devient à la fois un outil de captation de la patientèle et de mise à distance des formes d'exercice informel ou intermédiaire. La ville devient ainsi un espace hiérarchisé d'accumulation et de distinction, structuré par des dispositifs de filtrage autant que par des formes d'éviction silencieuse.

Appropriation	*Non-Exclusive*	*Exclusive*
Non-Autonome	Agents de l'intermédiation de rue	Patient·es en attente sur les stationnements
Autonome	Médecins exerçant en cabinet en centre-ville ; agents de l'intermédiation dématérialisée	Médecins exerçant dans un cabinet le long d'une radiale ; actionnaires des polycliniques

Tableau 8 – Régimes d'appropriation de l'espace dans le champ médical capitaliste sfaxien.

Cette spatialisation du champ ne peut être comprise sans la relier à l'analyse développée dans le chapitre 4 sur la hiérarchie des agents et des formes de capital en jeu. Le Tableau 8 ci-dessus montre comment les pratiques spatiales étudiées ici prolongent et matérialisent des rapports sociaux qui se distinguent selon les modalités d'appropriation de l'espace suivant la catégorisation proposée par Fabrice Ripoll et Vincent Veschambre (2005). Il montre que les détenteurs du capital médical les plus centraux bénéficient des conditions d'une accumulation renforcée, tandis qu'elles restreignent les marges de manœuvre des agents dominés, relégués aux marges de la légalité ou de la visibilité. Il y a ici une logique cumulative : la capacité à s'approprier l'espace urbain permet non seulement de stabiliser sa position dans le champ, mais aussi de verrouiller l'accès aux ressources foncières, symboliques et relationnelles nécessaires à toute ascension.

Enfin, cette première forme d'appropriation prépare la transition vers les formes plus discrètes, mais aussi plus structurelles, d'accaparement abordé dans la section suivante. Là où la visibilité symbolique exprime la position sociale, l'appropriation juridique et capitalistique du foncier constitue le socle silencieux sur lequel s'érige le capitalisme médical sfaxien. Le passage de la vitrine à la propriété, du contrôle des flux à celui des sols, ouvre alors sur une lecture en termes de *spatial fix* (Harvey 1989) : il ne s'agit plus seulement d'occuper ou de signaler, mais d'ancrer le capital dans l'espace, de territorialiser l'accumulation, et de pérenniser, à travers l'exploitation foncière, les hiérarchies du champ.

B – Des appropriations discrètes : contournements juridiques, héritages familiaux et externalisation du capital médical

L'analyse conduite dans le chapitre précédent a montré que les dynamiques urbaines du capitalisme médical à Sfax relèvent avant tout d'un processus d'ancrage interne du capital (*inner spatial fix*), tel que théorisé par David Harvey (1981; 2005). Cet ancrage interne s'appuie notamment sur la standardisation des produits immobiliers médicaux et la reprise de contrôle sur les espaces légitimes de l'économie médicale, éléments développés dans la première section de ce chapitre. Ces immobilisations du capital à travers des infrastructures et des bâtiments médicaux, censées faciliter la circulation des flux financiers et de la patientèle internationale, restent néanmoins largement fondées sur une promesse incertaine de croissance. Cette incertitude tient à plusieurs facteurs structurels, tels que la mobilité limitée vers Sfax, la concurrence exercée par Tunis, ou encore les réalités complexes du marché international du tourisme médical, horizon de projection économique du capitalisme médical sfaxien.

Cette section entend montrer que l'ancrage spatial du capitalisme médical sfaxien, décrit dans la section précédente à travers les multiples formes d'appropriation, constitue d'abord une réponse aux difficultés internes du secteur : congestion du centre-ville, nécessité de se reconvertir vers de nouvelles patientèles, mais aussi éviction des agents jugés non légitimes. En immobilisant du capital dans les cliniques ou dans des projets immobiliers médicalisés, les médecins et investisseurs cherchent à stabiliser leurs positions et à absorber une partie des tensions propres au champ. Mais, comme l'analyse Harvey (*Ibid.*), ces ancrages internes ne résolvent les contradictions que de manière provisoire : ils génèrent à leur tour des excédents financiers qui doivent être réinvestis ailleurs. Les données financières présentées au chapitre 4 confirment que la médecine privée sfaxienne engendre des profits importants. Un simple cabinet peut générer plusieurs dizaines de milliers de dinars par mois, notamment lorsqu'il fonctionne en articulation avec une clinique. Si le revenu du capital investi dans les cliniques reste relativement limité, celles-ci n'ayant pas pour vocation première d'être rentables et de verser des dividendes, la rente tirée des soins est, elle, substantielle, d'autant qu'elle est très faiblement imposée. Ce dispositif de captation place dans les mains des médecins un capital excédentaire qui s'accumule au-delà des besoins immédiats de reproduction du secteur. Ce surplus alimente ainsi un processus classique de suraccumulation. Faute de pouvoir être absorbés localement, ces excédents tendent à se déplacer vers des stratégies d'appropriation et d'externalisation dans des espaces périphériques ou étrangers, correspondant à ce que Harvey désigne comme l'*outer fix*.

Toutefois, cette survaleur n'est pas la seule tension qui pousse le capital à se déployer dans l'espace : l'incertitude de la demande, la concurrence exercée par Tunis, les

réalités du marché international du tourisme médical ou encore les contraintes locales incitent également à chercher ailleurs des opportunités de valorisation. Cette externalisation de l'ancrage du capital s'opère d'abord vers l'arrière-pays immédiat de Sfax, notamment pour des raisons pragmatiques, telles que des héritages fonciers familiaux, la nécessité de financement pour maintenir les rendements des infrastructures agricoles locales, l'exploitation de niches fiscales ou encore les structures socio-économiques fragiles des régions agraires tunisiennes qu'elles exploitent. Elle se manifeste aussi, dans une dynamique plus large bien qu'encore embryonnaire, vers des territoires extérieurs, notamment vers la Libye et certains pays d'Afrique subsaharienne où les groupes médicaux sfaxiens investissent dans des succursales ou à travers des mécanismes d'investissements croisés.

La captation foncière qui sous-tend ces stratégies d'appropriation territoriale constitue un processus historique et fluctuant, dont les origines et les variations ont été étudiées dès le chapitre 2. Aujourd'hui encore, elle résulte de tensions et négociations permanentes entre trois entités principales : l'État tunisien, la communauté économique sfaxienne et les familles locales influentes. Ces rapports de force produisent une appropriation singulière du foncier, marquée par des processus collectifs complexes, qui dépassent largement les limites strictes de la propriété individuelle. Comme le montrent Pierre Bergel (2005) et Nicholas Blomley (2019), l'appropriation juridique du sol passe ainsi par la mobilisation d'outils variés (contournements réglementaires, servitudes, spéculation foncière), qui permettent, dans le cas sfaxien, d'exercer un contrôle effectif sur des territoires bien plus larges que leurs simples biens fonciers.

Telle que définie par Fabrice Ripoll et Vincent Veschambre (2005), l'appropriation ne se limite pas à la propriété juridique. Elle inclut des dimensions matérielles (usage exclusif, usage autonome, contrôle) et idéelles (familiarisation, attachement affectif, appropriation symbolique/identitaire). Dans le cas sfaxien, ces différentes dimensions s'articulent à une appropriation identitaire du territoire, construite à travers des récits dominants qui réactivent et perpétuent les stéréotypes historiques analysés au chapitre 2. Ces récits jouent un rôle dual : invisibiliser les rapports de force internes à la ville (par exemple les conflits avec les syndicats de travailleur·euses) en déplaçant symboliquement l'antagonisme vers Tunis, et fournir une légitimité à l'emprise spatiale des élites médicales. Ce processus, qui rappelle les analyses de Roger Brunet (1957) sur l'instrumentalisation des récits territoriaux, illustre bien comment la combinaison des registres identitaire, pratique et juridique participe à la légitimation et à la reproduction des rapports de pouvoir locaux.

Ainsi, cette section analyse les stratégies spatiales, juridiques et les investissements qui façonnent les appropriations discrètes du capital médical sfaxien, en contraste avec les processus de visibilité et d'affichage traités précédemment. Ces mécanismes s'appuient sur des contournements réglementaires, la mobilisation des héritages familiaux, ainsi que l'externalisation territoriale progressive du capital. Ces

appropriations, moins ostensibles, mais tout aussi déterminantes, permettent aux agents du capitalisme médical sfaxien d'étendre leur emprise au-delà des limites immédiates de leurs propriétés, dans un contexte où le droit à la propriété privée se négocie constamment dans les espaces publics et semi-publics. À travers ces formes d'externalisation et d'appropriation juridique et identitaire se construisent de nouveaux régimes d'usage du sol, essentiels à la compréhension des dynamiques contemporaines du capitalisme médical à Sfax.

1 – Jouer avec les règles : négociations et contournement de l'urbanisme

À Sfax, l'expansion récente du capitalisme médical s'inscrit dans un contexte d'urbanisation largement façonné par des arrangements flexibles avec les normes urbanistiques. Comme l'a montré Ali Bennasr (2003a), la périphérie de Sfax a été structurée depuis plusieurs décennies par une logique de développement urbain permissif, dans laquelle l'absence d'application rigoureuse des règles d'urbanisme a favorisé l'étalement spatial et une appropriation foncière opportuniste. Si Ali Bennasr décrit une dynamique d'étalement et de morcellement résidentiel dans la ceinture périphérique, les formes contemporaines d'expansion du capital médical opèrent, elles, au sein même de la trame urbaine existante, en exploitant les faiblesses réglementaires ou en contournant les règles pour intensifier l'usage du foncier urbain. Ce processus est rendu nécessaire pour absorber la plus-value générée par le capitalisme médical et les cabinets en particulier, qui relève d'un *inner spatial fix* au sens d'Harvey, dans un tissu urbain déjà constitué.

Dans ce contexte, les agents centraux et transversaux du capitalisme médical (médecins et promoteurs) composent avec un cadre réglementaire en matière d'urbanisme dont l'application est à la fois tardive, lacunaire et régulièrement contournée. Les règles formelles du Plan d'aménagement urbain (PAU) imposent des restrictions de densité, de gabarit et de stationnement qui dépendent de la destination déclarée des constructions (logement, bureau, commerce). En pratique, ces règles sont fréquemment négociées, requalifiées ou tout simplement ignorées, selon les capacités de négociation des agents concernés et leur proximité avec les services municipaux.

Il s'agit ici de montrer deux modalités spécifiques d'appropriation spatiale par le capitalisme médical à Sfax : d'une part, le contournement programmatique des règles d'urbanisme visant à maximiser la rentabilité foncière des immeubles médicalisés ; d'autre part, l'extension informelle des emprises des cliniques sur l'espace public par la régulation des voies de desserte fine, les *zenkats*, historiquement ambivalentes dans leur statut juridique. Ces deux mouvements, bien qu'opérant à des échelles différentes, participent tous deux de l'ancrage du capital médical dans des formes bâties stables et rentables, tout en accentuant les régimes de publicité (Staeheli et Mitchell 2008) des espaces urbains sfaxien au profit de cette élite médico-économique.

Un urbanisme transactionnel au service de l'ancrage du capital

Lorsque je rencontre Mohamed[120], chargé des questions d'urbanisme à la municipalité de Sfax en 2022, il me présente plusieurs exemples illustrant la manière dont les promoteurs immobiliers négocient et contournent les règlements d'urbanisme. Il souligne en particulier que ces négociations, parfois effectuées après la construction, permettent généralement aux promoteurs d'obtenir un régime plus avantageux que celui initialement prescrit par les textes. Lors de notre entretien, dans un café situé au kilomètre 4 de la route de Gremda, Mohamed exprime sa préoccupation concernant un dossier emblématique de ces pratiques, directement lié au capitalisme médical. À quelques mètres seulement d'une clinique implantée le long des radiales, un collectif de médecins issu d'une famille influente est en train de construire un nouvel immeuble. Les investisseurs du projet, en nombre restreint, sont étroitement liés au collectif d'actionnaires de la clinique et à la famille initiatrice du projet. Cette proximité indique clairement que l'immeuble sera principalement destiné à accueillir des cabinets médicaux, bien que les documents déposés en mairie, présentés par Mohamed, ne mentionnent pas cette activité. Le promoteur présente officiellement l'immeuble comme un simple projet d'habitation, comprenant seulement quelques surfaces commerciales en rez-de-chaussée.

Toutefois, en examinant les plans du bâtiment, Mohamed identifie plusieurs incohérences qui laissent supposer une utilisation différente de celle déclarée dans la demande de permis de construire. Contrairement aux normes des appartements de haut standing à Sfax, qui privilégient une grande pièce centrale avec des chambres périphériques et des salles de bain spacieuses, la configuration des appartements dans ce projet évoque nettement celle des immeubles destinés aux cabinets médicaux construits après 2010 le long de la route de Gremda. Les appartements du projet comprennent une pièce principale modeste desservant une ou deux pièces plus vastes orientées vers l'avenue, une kitchenette intégrée dans un espace à usage mixte, une très petite salle de bain, et deux sanitaires distincts, indiquant clairement une séparation entre espaces publics et privés typiques des cabinets médicaux. Cette observation a été confirmée lors d'un entretien réalisé en 2022 avec un membre de la famille actionnaire de la clinique impliquée dans ce projet. En 2025, l'immeuble est d'ailleurs effectivement identifié comme un « centre médical » sur Google Maps.

Deux raisons principales expliquent ce détournement initial d'usage déclaré. Premièrement, l'avantage fiscal est considérable : les logements bénéficient d'une fiscalité moindre comparée aux immeubles de bureaux ou aux locaux commerciaux. En particulier, certaines ventes de logements échappent à la TVA, ce qui permet une reconversion ultérieure avantageuse pour les acquéreurs. Deuxièmement, les contraintes réglementaires, notamment celles concernant le stationnement, sont beaucoup plus

[120] Entretien n° 49 avec Mohamed le 4 mai 2022 à Sfax.

lourdes pour les immeubles recevant du public. Selon le règlement de la zone Ua2, une place de stationnement est requise par logement, contre une place par 30 m² pour des bureaux. Cette contrainte augmente considérablement les coûts et réduit la rentabilité pour les promoteurs, d'autant plus que ces places doivent être accessibles directement depuis la voie publique, interdisant leur réalisation en sous-sol, alors que le projet visait justement à maximiser le rendement foncier puisqu'installé à proximité immédiate de la clinique Syphax. La conséquence directe est une réduction substantielle de l'espace constructible commercialisable, impactant la rentabilité des investissements. Mohamed l'affirme, c'est ce qui a permis au promoteur de vendre son immeuble au plus vite :

> ***Mohamed :*** *La construction qui est en face de la clinique Syphax, c'est eux qui font ça aussi. Il y a eu quelques dépassements à l'alignement et surtout de surface couverte. À Sfax il n'y a pas une clinique où il n'y avait pas devant elle un immeuble de cabinets de médecins. C'est très organisé : les gens s'installent autour des cliniques pour capter la patientèle donc c'est des projets très rentables ! […]*
>
> *Au début, on a autorisé pour des logements. C'est comme ça qu'on l'a autorisé : des logements. Et maintenant, ce sont des cabinets. Il a déjà tout vendu. Avant de commencer, il a tout vendu. Donc les gens savent déjà qu'ils vont faire des cabinets.*

S'il précise que ce cas est emblématique, il reflète néanmoins une pratique courante parmi les promoteurs privés le long des radiales sfaxiennes. Face à ces abus réguliers, la municipalité, dépourvue d'un pouvoir coercitif efficace une fois les constructions achevées, préfère négocier avec les promoteurs des solutions transactionnelles, notamment en matière de stationnement. Ainsi, une compensation financière a été votée par le conseil municipal, visant à alimenter un fonds destiné à construire des parkings collectifs.

Ce cas illustre les logiques ordinaires de contournement des normes urbanistiques par les acteurs de la promotion privée, en particulier lorsqu'ils sont en position de force sociale, politique ou économique. Il met en lumière la manière dont le capitalisme médical s'articule avec un règlement d'urbanisme négocié, dans lequel la règle devient une variable d'ajustement soumise à des rapports de pouvoir. En jouant sur les qualifications programmatiques des projets, les promoteurs parviennent à limiter les exigences réglementaires les plus contraignantes, notamment celles relatives au stationnement, tout en poursuivant des objectifs d'investissement fortement spécialisés et rentables. À Sfax, les institutions gouvernementales locales, faute de moyens coercitifs et dans un contexte d'incertitude politique, privilégient une gestion pragmatique et transactionnelle de l'urbanisation, renforçant ainsi la capacité des acteurs privés à modeler la ville selon leurs intérêts.

Ce type de situation illustre ce qu'Albert Lévy (2011) désigne par urbanisme transactionnel : un mode de production de la ville fondé sur la négociation décentralisée et pragmatique entre les différents acteurs, publics et privés, plutôt que sur l'application stricte de règles planificatrices. Il s'agit de produire des arrangements au cas par cas, souvent centrés sur les permis de construire et les régularisations a posteriori, qui reflètent à la fois la capacité d'influence des promoteurs et la marge de manœuvre des services municipaux.

De la redéfinition de l'espace public par les cliniques

Dans le chapitre 2, je montrais comment, historiquement, l'accès aux jardins périurbains de Sfax, les *jnens,* s'organisait à travers un réseau dense de ruelles étroites appelées *zenkats*. Longtemps considérées comme des voies de desserte privée, appartenant aux familles propriétaires des *jnens*, les *zenkats* permettaient une circulation secondaire à travers les parcelles agricoles, tout en garantissant aux propriétaires une certaine maîtrise sur leur domaine. Au fil des décennies, ces ruelles ont été intégrées dans le domaine public, parfois bitumées, puis partiellement urbanisées, mais elles conservent des caractéristiques ambivalentes, à la fois héritées d'un usage collectif informel et d'une appropriation privative historique (Megdich 1985; Ben Fguira 2020).

Aujourd'hui, les *zenkats* jouent un rôle central dans les stratégies d'implantation des cliniques privées récentes. En effet, de nombreux établissements construits le long des radiales utilisent un schéma architectural en « L », qui leur permet de développer deux façades fonctionnelles : l'une orientée vers l'avenue principale, dédiée à la visibilité et à l'accueil de la patientèle, l'autre tournée vers une *zenkat*, est souvent utilisée pour les accès techniques et logistiques. Cette configuration exploite la relative indétermination juridique et sociale des *zenkats*, devenues des espaces publics en droit, mais encore perçues localement comme des extensions informelles des propriétés riveraines. Cela en fait des espaces hybrides, à la fois publics juridiquement et privatisés dans leurs usages, au sens de Lynn Staeheli et Don Mitchell (2008), c'est-à-dire des lieux où la régulation des mobilités, des usages et des visibilités est déléguée, de fait, à des acteurs privés.

Cette configuration spatiale et juridique ouvre la voie à un régime de contrôle informel, mais particulièrement efficace, notamment par l'installation de dispositifs de gardiennage aux abords des cliniques. À Sfax, il est fréquent de constater la présence de guérites de surveillance disposées à l'angle des intersections entre les radiales et les *zenkats*, souvent sur le trottoir opposé à la clinique, comme cela a été observé entre 2018 et 2022 autour des cliniques Errachid, Ibn Khaldoun et Syphax. Ces guérites (voir Figure 74 ci-dessous) sont occupées par des agents qui ne se limitent pas à la surveillance statique : ils participent activement à la gestion de la circulation, bloquant le trafic pour permettre aux ambulances de manœuvrer, ou attribuant les emplacements visibles aux véhicules des cliniques afin de renforcer leur présence symbolique.

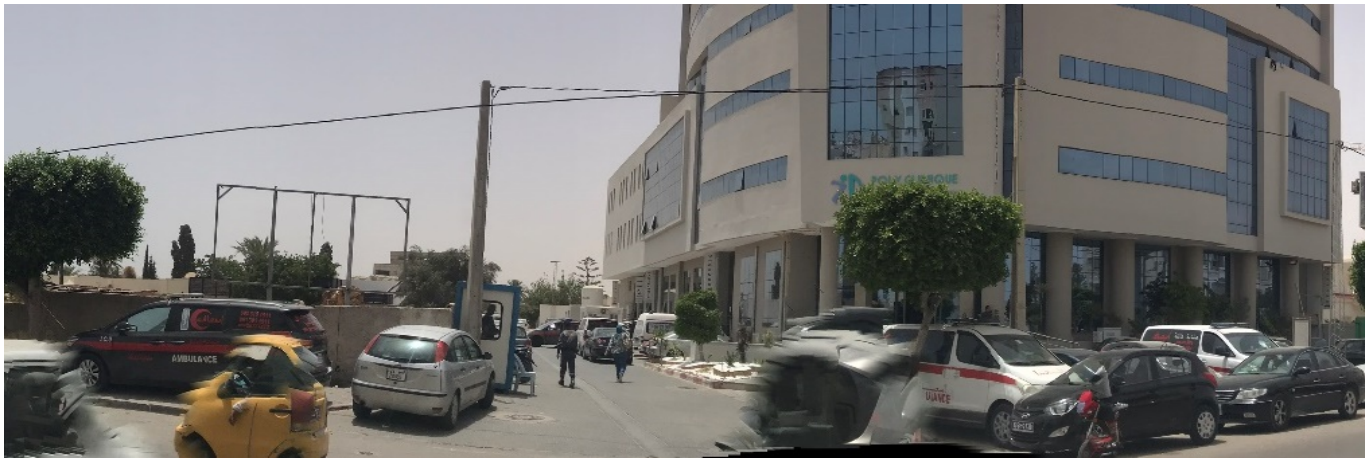


Figure 74 – Un gardien dans sa guérite devant la clinique Ibn Khaldoun, le 30 juin 2022 vers midi, route de Gremda kilomètre 3. La photo comprend quelques incohérences du fait d'avoir balayé la scène en mode « panorama », seul moyen pour moi de prendre rapidement et discrètement une large portion de cet espace.

Durant mes séances d'observation, j'ai pu constater que ces agents contrôlent également l'accès aux ruelles perpendiculaires en interpellant toute personne ne s'identifiant pas comme patient·e ou professionnel·le de santé. Cette gestion informelle de l'espace transforme ces ruelles en zones à accès restreint, instaurant de fait une exclusivité d'usage qui contrevient au statut public de ces voies. Elle opère une hiérarchisation implicite des usagers, excluant les passant·es « illégitimes » et consolidant la maîtrise de l'espace par ces acteurs privés. Dans ce contexte, les guérites deviennent des points d'ancrage de cette gestion sécuritaire des abords, produisant un ordre spatial favorable aux intérêts des cliniques. Ce dispositif montre une forme d'hybridation des régimes de publicité : la rue, bien que juridiquement publique, devient régulée selon des logiques privées qui sélectionnent les usages, les circulations et les visibilités. Ces voiries secondaires sont ainsi intensément modifiées pour étendre l'autorité des cliniques au-delà de leurs limites foncières, dans une stratégie de contrôle et de légitimation spatiale a priori discrète, mais structurante.

Ce dispositif de contrôle trouve également une traduction numérique à travers le déploiement de systèmes de vidéosurveillance, dont l'usage dépasse largement les seuls espaces internes aux cliniques. À la clinique Ibn Khaldoun, j'ai pu constater la présence de caméras positionnées de manière à couvrir l'intégralité de la *zenkat* adjacente, y compris les trottoirs, les accès secondaires et les voies de circulation. Ce dispositif technique permet une surveillance en continu de portions entières de l'espace public, assurant un contrôle visuel sur les flux et les comportements. Ce contrôle numérique vient renforcer un régime de visibilité sélective, dans lequel les cliniques s'assurent d'une présence maximale dans l'espace urbain tout en filtrant activement les regards et les présences indésirables. Dans cette logique, l'affichage institutionnel (enseignes lumineuses, façades vitrées, présence de véhicules médicalisés) est mis en avant tandis

que les pratiques ou présences jugées inopportunes sont marginalisées ou dissuadées, comme je le montrais dans la section précédente.

Lynn Staeheli et Don Mitchell (*Ibid.*) permettent ici de comprendre que ces dispositifs ne relèvent pas simplement de considérations techniques ou sécuritaires, mais participent d'une stratégie politique d'occupation et de représentation de l'espace. Par cette maîtrise de la visibilité, les cliniques consolident leur légitimité sociale, en affichant leur modernité et leur capacité à réguler leur environnement immédiat. Elles redessinent ainsi non seulement les usages de l'espace public, mais aussi les régimes de perception qui l'accompagnent. Ces appropriations discrètes de l'espace public participent d'une stratégie plus large de construction de régimes de publicité spécifiques, dans lesquels les cliniques privées imposent leur présence comme légitime, voire nécessaire, à l'organisation de la ville. Ce faisant, elles consolident leur pouvoir symbolique et matériel, non seulement à travers leurs infrastructures, mais aussi par leur capacité à réguler des portions entières de l'espace urbain. À Sfax, cette extension informelle de l'emprise des cliniques témoigne d'une transformation silencieuse, mais structurante de la ville, dans laquelle des acteurs privés s'approprient des leviers de régulation autrefois réservés à l'État. Par leur emprise sur les circulations, les visibilités, et les représentations spatiales, les cliniques contribuent à modeler une ville où la santé est non seulement un service, mais aussi un vecteur d'organisation et de contrôle de l'espace. Cette dynamique souligne combien les logiques d'urbanisation induites par le capitalisme médical excèdent les simples limites bâties pour investir pleinement les formes sociales, politiques et symboliques de la ville.

Ces premiers éléments montent que l'ancrage interne du capital opère ici par l'immobilisation des excédents de la rente médicale en capital fixe (immeubles de cabinets et extensions), dont la rentabilité dépend précisément des appropriations et contournements observés. Ces ajustements, qui dépassent les limites fixées par les règles, permettent d'abaisser les coûts, d'augmenter la surface valorisable et de sécuriser la rentabilité des projets tout en déplaçant provisoirement les contradictions plutôt que de les résoudre. Ils constituent ainsi une forme d'ancrage spécifique du capital : les coûts d'immobilisation et de gestion spatiale sont externalisés vers la collectivité (mise à disposition de voiries, tolérance réglementaire), tandis que les rentes restent sous le contrôle des agents du capitalisme médical. Empiriquement, on voit se déployer la logique harveyenne d'un ancrage du capital imposé : une solution temporaire de suraccumulation qui stabilise les positions et soutient la profitabilité des opérations, tout en préparant les conditions de futurs débordements à d'autres lieux et échelles.

2 – Du capitalisme communautariste à l'ancrage du capital médical

À Sfax, le développement du capitalisme médical s'appuie en grande partie sur les réseaux familiaux, qui en constituent à la fois l'infrastructure et le vecteur. Dans cette ville marquée par l'histoire des lignées marchandes et l'importance des solidarités familiales, comme dans d'autres contextes urbains similaires autour de la Méditerranée (Pfirsch 2008), les cliniques et les immeubles de cabinet ne sont pas de simples entreprises de soins : ils prolongent une logique d'accumulation qui repose sur un contrôle étroit du foncier et la reproduction sociale. La mobilisation et la transmission des ressources de la famille permettent aux élites locales de bâtir les nouveaux espaces de soins tout en verrouillant l'accès aux opportunités urbaines à de potentiel·les concurrent·es. Le concept de « capitalisme communautariste », proposé par Pierre-Arnaud Barthel (2006), permet de qualifier cette configuration où l'investissement économique repose sur des réseaux fermés, dans lesquels la famille joue un rôle de garant, de filtre et de levier d'accumulation.

La culture de ce capitalisme familial ne se limite pas au soutien matériel : elle structure également les formes de gouvernance, de contrôle et de circulation de l'information dans le champ médical capitaliste. Mais ce système n'est pas sans contradictions. L'ancrage familial génère des tensions internes entre les objectifs patrimoniaux et l'impératif de rentabilité, entre le maintien de l'endogamie et le besoin d'ouverture du capital, entre la solidarité des membres et la déontologie médicale. Ces tensions s'observent dans les trajectoires de certains collectifs d'actionnaires qui illustrent les limites du modèle communautaire face à la professionnalisation croissante du champ médical capitaliste. Elles soulignent également la difficulté pour les agents du champ de se dégager des contraintes symboliques et politiques de leur propre modèle d'accumulation.

L'ancrage du capitalisme médical ne se joue pas seulement dans la matérialité foncière : il s'inscrit également dans un récit identitaire mobilisé comme ressource de légitimation. La figure du « Sfaxien » travailleur, discret et méritant, constitue un pilier de l'imaginaire local. Ce récit essentialiste, récurrent dans les entretiens avec les actionnaires de cliniques, mais qui est aussi repris par toutes les catégories de personnes enquêtées, fonctionne comme une justification morale des inégalités sociales et territoriales. En attribuant la réussite à des qualités morales plutôt qu'à des héritages familiaux ou à des positions concrètement inégalitaires dans le champ et la société, il permet de naturaliser une forme d'entre-soi et d'exclusion. Par contraste avec Tunis, décrite comme dominée par le pouvoir politique et la bureaucratie, Sfax est érigée en territoire d'exemplarité économique entrepreneuriale. Cette opposition nourrit un discours hégémonique dans lequel l'accumulation capitaliste devient une conséquence légitime de par ce récit moral supposé vertueux.

Dans cette configuration, le capitalisme médical fabrique aussi sa propre image, qui s'imbrique dans ce discours hégémonique. Les noms des établissements, leur localisation et leur architecture construisent une mise en récit du territoire où l'élite médicale incarne un visage légitime et moderne du développement urbain. La toponymie efface les conflictualités sociales, remplace les références collectives par des signifiants patrimoniaux, et réorganise symboliquement l'espace. Elle opère comme un dispositif (Giraut et Houssay-Holzschuch 2016) de production de cohérence territoriale, au service d'intérêts privés. Cette mise en récit du territoire rejoint les analyses de Max Rousseau (2011) sur les politiques d'image comme outils de domination symbolique. Elle permet de clore provisoirement les tensions internes au champ en les supplantant par ce registre identitaire et méritocratique.

Le capitalisme communautariste comme infrastructure familiale du contrôle foncier

Le développement du capitalisme médical à Sfax repose sur une infrastructure familiale dense, qui assure l'ancrage territorial, la mobilisation des ressources et la régulation discrète des accès à l'investissement immobilier. Dans une ville où les grandes lignées familiales structurent historiquement les rapports sociaux et économiques (Mohamed Fakhfakh 1975), la famille ne constitue pas seulement une unité domestique ou symbolique, mais elle est à la base de l'organisation concrète de l'économie locale. Cette structuration familiale du capital local se prolonge aujourd'hui dans le secteur de la santé, où les cliniques et les immeubles de cabinets se développent dans la continuité d'un régime d'accumulation foncière qualifié de « capitalisme communautariste » par Pierre-Arnaud Barthel (2006), complétant le travail de Nabil Smida (2001), dans lequel l'accumulation est rendue possible par l'accès privilégié à l'information foncière, par des réseaux denses de confiance et par la mobilisation de solidarités familiales dans la gestion des risques et des investissements. Le capitalisme médical s'insère ici dans des logiques de transmission et de concentration du capital qui sont d'abord familiales avant d'être professionnelles. Comme le souligne Mohamed[121], bien qu'il fasse partie des régulateurs publics à dénoncer les problèmes qu'engendre le capitalisme médical, lui aussi a ses propres liens avec la filière médicale :

> ***Mohamed :*** *Mon fils est également médecin, il est neurochirurgien. Les parents, les frères, chacun a au moins un ou deux médecins dans la famille à Sfax !*

Cette observation corrobore un phénomène récurrent dans les entretiens : la médecine est une profession qui se reproduit dans les grandes familles sfaxiennes, à travers une stratégie d'orientation scolaire, de transmission de capital culturel, et d'accès à des postes à haute valeur sociale. Cette reproduction sociale renforce la capacité

[121] Entretien n° 49 avec Mohamed le 4 mai 2022 à Sfax.

d'investissement : le capital médical et le capital foncier sont mobilisés dans une même logique d'alliance et de solidarité transgénérationnelle. Les réseaux familiaux fonctionnent également comme des filtres d'accès au foncier. Dans les entretiens, la question de l'origine sfaxienne est systématiquement posée, et donne lieu à des réponses qui témoignent d'une attente implicite de l'ancrage local. Ne pas être sfaxien peut entraîner une difficulté d'accès au foncier, comme le montre la médecin Eya[122], dont la famille est originaire de Sfax et qui a pu acheter son cabinet grâce à la recommandation d'un cousin et pour qui « les Sfaxien·nes ne vendent qu'aux Sfaxien·nes ».

Enfin, les recompositions spatiales de la santé sfaxienne ne se font pas sans le soutien logistique des familles. Lors d'un échange informel avec l'actionnaire majoritaire d'une clinique de la route de Gremda, celui-ci m'informe que le directeur général de la clinique est aussi son frère, que sa nièce travaille à la maternité et sa femme à l'administration. Cette configuration, relativement courante à Sfax, illustre une division du travail familiale dans laquelle les compétences, les confiances et les liens d'alliance structurent l'organisation même de la clinique. Plus qu'une simple toile de fond, la famille constitue une infrastructure opérationnelle du capitalisme médical sfaxien, fournissant à la fois les ressources humaines, les opportunités foncières, et les circuits de circulation de l'information nécessaire à sa consolidation.

L'ancrage local du capitalisme médical à Sfax repose ainsi sur une stratégie d'accumulation qui mobilise les ressources foncières disponibles au sein des grandes familles, tout en assurant leur valorisation par des formes d'investissement peu mobiles et durables. Dans ce contexte, les cliniques et les immeubles de cabinets médicaux fonctionnent comme des instruments d'ancrage interne du capital (Harvey 2005), en consolidant la rentabilité de terrains hérités ou achetés grâce à ces réseaux et permettant de réinvestir durablement le capital accumulé dans le cadre des activités médicales. Si cette forme d'ancrage s'inscrit dans un tissu urbain en cours de densification (Bennasr 2003a), il permet de conjuguer trois objectifs : assurer la rente foncière, renforcer la position sociale de la famille, et préempter les dynamiques futures d'urbanisation.

Cette logique de contrôle foncier se retrouve également dans la stratégie d'Ali[123], actionnaire principal d'une clinique de la route de Gremda, qui décrit l'achat très coûteux d'un terrain situé juste en face de son établissement, présenté comme « réserve foncière » destinée à de futures extensions du projet. Le terrain a été difficile à acquérir, car les propriétaires initiaux, issus d'une famille héréditairement détentrice de ce foncier, ne souhaitaient pas vendre, préférant spéculer à la hausse sur la très bonne localisation du terrain. De même, Walid[124] évoque lors d'un entretien une « affaire » immobilière rendue possible grâce à des divisions internes au sein d'une famille ayant hérité

[122] Entretien n° 68 avec Eya le 1er juin 2023 à Sfax.
[123] Entretien n° 33 avec Ali le 5 avril 2022 à Sfax.
[124] Entretien n° 77 avec Walid le 21 avril 2022 à Sfax.

d'un terrain de leur mère décédée et qui a permis d'étendre la clinique dont il est l'un des actionnaires majoritaires. L'acquisition de ce terrain s'inscrit dans une stratégie de blocage du développement d'activités concurrentes qui pourraient se développer près de la clinique pour en bénéficier de l'attrait, montrant combien le foncier est aussi mobilisé de manière défensive pour protéger les positions existantes dans le champ médical capitaliste. Dans d'autres cas, comme autour des cliniques Ibn Khaldoun et Errachid, le contrôle foncier se traduit par une contrainte : ces établissements sont encerclés par des terrains appartenant à des familles non alliées, rendant plus complexe toute extension, comme je le montrais dans le chapitre 5. La non-disponibilité des terrains devient alors un frein à la croissance du groupe clinique, contrairement à d'autres cas, comme celui de la clinique Chams, où les familles originairement détentrice de la clinique ont pu, grâce à leurs liens familiaux et matrimoniaux, garantir une continuité foncière autour de l'établissement jusqu'à aujourd'hui.

Dans certains cas, les héritages familiaux non mobilisés servent à l'inverse à verrouiller des portions stratégiques de l'espace urbain, dont la valeur monte. Ce blocage n'est pas toujours motivé par un projet de valorisation immédiate, mais par une volonté de contrôle symbolique et statutaire de l'évolution de l'espace urbain. Des médecins évoquent des opportunités manquées à cause de familles refusant de vendre, même sans usage productif clair en pleine zone de densification. Cette thésaurisation foncière produit une hiérarchisation de l'accès à la ville en fonction de l'ancrage familial et du degré d'appartenance à l'élite locale. En somme, le capitalisme médical sfaxien ne fait pas que mobiliser le foncier disponible : il en fabrique aussi la valeur, le verrouille et le valorise dans des logiques patrimoniales de long terme. La clinique et les immeubles de cabinets ne sont pas seulement des outils productifs, mais aussi une infrastructure d'ancrage du capital, essentiellement familial, qui permet de territorialiser la rente dans des espaces perçus comme sûrs, durables et statutairement valorisants. Cette logique d'ancrage est au cœur de l'*inner spatial fix* théorisé par Harvey, et permet d'articuler les dynamiques d'accumulation médicale et foncière dans le paysage urbain sfaxien.

Mais si la famille constitue l'infrastructure fondatrice du capitalisme médical sfaxien, elle en est aussi une limite qui s'oppose parfois aux logiques internes du champ médical. En tant que structure d'accumulation, la famille permet de mutualiser les ressources, de réduire les incertitudes et de contrôler la gouvernance des projets. Mais en tant qu'unité patrimoniale, elle peut aussi freiner la rentabilité et rigidifier les trajectoires. À l'intersection du champ médical et des logiques familiales, les projets d'investissement sont ainsi traversés par des tensions, parfois profondes, entre les objectifs économiques et médicaux, et les impératifs sociaux liés à la famille. Plusieurs cas viennent illustrer ces tensions. L'une des cliniques du centre-ville a fait l'objet d'un conflit judiciaire entre deux cousins, tous deux médecins, dans les années 2000, mais dont le

désaccord sur la gestion de l'établissement[125] a conduit à une rupture et à la revente de l'établissement à un autre collectif. D'autres témoignages évoquent les difficultés à maintenir une gouvernance fluide dès lors que les actionnaires se multiplient ou ne partagent pas les mêmes intérêts. L'un des actionnaires majoritaires d'une clinique explique que les obligations d'investissement imposées aux actionnaires minoritaires[126] peuvent générer des conflits, car la multiplication des décisionnaires implique aussi de devoir leur rendre des comptes, surtout lorsque les performances ou la disponibilité des blocs, critère central pour les médecins, ne sont pas au rendez-vous. Cette volonté de préserver un noyau dur d'actionnaires familiaux vise à conserver le pouvoir décisionnel, mais elle se heurte parfois aux besoins d'ouverture du capital nécessaire à la viabilité économique des projets. Le risque, selon un autre médecin actionnaire, Hedi[127], c'est de voir « l'argent se disperser, les tâches se disperser », en perdant la maîtrise du projet. La famille est un cadre protecteur, mais aussi un verrou institutionnel, notamment lorsque l'évolution du champ médical a imposé des formes de gouvernance plus professionnalisées. En somme, c'est bien l'alliance du capital médical et du capital familial a permis l'essor de groupes cliniques puissants. Mais elle demeure traversée par des lignes de fracture qui révèlent les contradictions d'un capitalisme communautariste, où la solidarité familiale soutient l'accumulation autant qu'elle peut la contraindre dès qu'elle se heurte aux exigences propres de la pratique professionnelle.

Enfin, l'ancrage familial dans le capitalisme médical s'accompagne également d'une mise en visibilité sociale et symbolique des appartenances familiales et statutaires. Le capitalisme communautariste propre aux Sfaxien·nes, tel que décrit par Pierre-Arnaud Barthel (2006), s'adosse à une éthique de la discrétion et de la loyauté, mais cette discrétion n'exclut pas des formes d'affichage dans l'espace urbain, participant à une légitimation territoriale de l'entre-soi. Cet affichage s'observe d'abord dans les localisations choisies pour les infrastructures de santé. À Sfax, les cliniques ne sont pas implantées dans des quartiers aléatoires au gré des opportunités foncières : elles se positionnent au contraire dans les zones historiquement associées aux grandes familles. Le cas de l'une des cliniques du secteur de Gremda en est emblématique. Comme l'explique Oussema[128], l'un de ses actionnaires majoritaires, le choix du terrain a été guidé par l'absence de polyclinique dans un quartier pourtant dominé par des familles influentes, ce qui permettait à l'établissement de se greffer à un territoire statutairement déjà reconnu et identifié :

> ***Oussema :*** *Elle a été choisie parce qu'on a trouvé une maison qui était ici exactement voilà… Mais en fait cette route c'était, c'est la route*

[125] D'après les différents témoignages ayant évoqué cet épisode, la discorde serait née de la divergence de point de vue entre l'un, chirurgien, et l'autre, anesthésiste. Une divergence habituellement observée dans le champ médical capitaliste et expliquée dans le chapitre 4.

[126] Voir également ce système dans le chapitre 4.

[127] Entretien n° 22 avec Hedi le 24 mai 2021 à Sfax.

[128] Entretien n° 25 avec Oussema le 18 juin 2021 à Sfax.

> *des bourgeois quoi ! Y avait qu'une clinique à l'époque de l'autre côté alors on se devait d'être-là. La population elle est plus aisée donc voilà ça facilite un peu le recrutement des gens qui ont de l'argent pour être hospitalisés ici, aussi…*

L'environnement immédiat des cliniques participe aussi à cette mise en scène : les berlines noires stationnées devant les établissements, notamment les Mercedes de luxe, sont perçues par les médecins comme un signe de réussite et de reconnaissance, à la fois sociale et professionnelle. Les coûteuses[129] berlines de couleur noire de ce constructeur automobile allemand sont la signature de cette profession : on peut en apercevoir un grand nombre stationné devant les cliniques aux heures d'opération et de consultation. Cette observation, récurrente lors des enquêtes de terrain, rejoint les analyses de Mohamed Aloulou (2008) et de Sami Ben Fguira (2020) sur les modes d'habiter des élites sfaxiennes, où le patrimoine résidentiel (villa dans les *jnens*, restauration des anciennes maisons intergénérationnelles, arbres fruitiers à entretenir) est valorisé comme un bien statutaire autant que fonctionnel.

Les *jnens* eux-mêmes, malgré la pression foncière croissante dont ils font l'objet, sont maintenus comme patrimoine symbolique : posséder un *jnen*, c'est ancrer sa réussite médicale et économique dans une continuité familiale et locale. Comme le décrit Ali[130], médecin propriétaire d'une villa dans un *jnen* à 500 mètres de la clinique dans laquelle il a investi, a pu acquérir ce bien car les héritier·es, qu'il connaît bien, avaient quitté la ville et que cette maison familiale était restée vacante. Ces transmissions et ventes intracommunautaires permettent aux élites de consolider leur présence tout en filtrant les nouveaux venus. Par ailleurs, cette situation illustre l'une des contradictions internes du capitalisme communautariste : si les *jnens* incarnent un capital symbolique majeur, ils constituent également les espaces les plus convoités pour l'extension du capitalisme médical, devenant ainsi le théâtre d'un arbitrage entre leur préservation statutaire et leur valorisation économique.

Toutes ces stratégies ne reposent ainsi pas uniquement sur l'accumulation matérielle : elles produisent une légitimation symbolique concrète des agents du capitalisme médical comme des figures de la réussite sfaxienne. Elles permettent l'articulation de la valorisation économique et du statut social. Ainsi, les cliniques et les immeubles de cabinet ne sont pas seulement des lieux de soins ou d'investissement : ils deviennent aussi des vecteurs de distinction, où s'imbriquent les stratégies patrimoniales, la reconnaissance sociale et le contrôle territorial. Cette lecture permet d'expliquer une autre facette du déplacement progressif des activités médicales depuis le centre-ville vers cette proche périphérie, bien plus valorisée symboliquement et

[129] Les modèles classes C, E et S ainsi que les SUV récents ont été ceux que j'ai le plus observés. Vendus en Europe entre 30 000 et 100 000 euros, leurs coûts en dinars incluant les différentes taxes à l'importation peuvent dépasser les 500 000 dinars (les 150 000 euros).

[130] Entretien n° 24 avec Ali le 8 juin 2021 à Sfax.

appropriée, tant matériellement qu'identitairement (Ripoll et Veschambre 2005) par les classes supérieures sfaxiennes.

Une identité sfaxienne au service de la médecine capitaliste

Comme évoqué dans le chapitre 2, les récits identitaires sfaxiens constituent un puissant moteur de légitimation de l'ordre social. Ces récits produisent une forme d'évidence sociale : s'ils ou elles réussissent, c'est parce que « les Sfaxien·nes travaillent plus » ou parce qu'ils ou elles « ont su garder leurs terres », comme le souligne Hedi[131], médecin-actionnaire, évoquant l'attachement des Sfaxien·nes à la terre, à la transmission et à l'effort, en lien avec l'exploitation des *jnens*. Skander[132], lui aussi médecin-actionnaire, insiste sur cet ordre moral dicté par le travail :

> ***Skander :*** *Ici, à Sfax, il y a des gens qui veulent entreprendre, il y a des gens qui veulent travailler. C'est quand même une ville, maintenant, qui est assez familiale. Voilà c'est le travail, les occupations principales, c'est le travail, c'est la famille, c'est le travail, on ne peut pas dire le contraire ! Il y a des gens qui veulent quand même entreprendre, en majorité, qui veulent s'en sortir, qui veulent entreprendre. Par exemple, des menuisiers, tu peux trouver, là, maintenant, en rentrant tard le soir, des gens qui travaillent encore dans leur atelier. Le menuisier tu vois il a sa soirée, je trouve qu'ils sont travailleurs quand même…*

L'essentialisation identitaire efface en creux les rapports de force qui structurent l'accès aux ressources foncières ou à l'investissement médical. Elle occulte également les mécanismes de sélection sociale, fondés sur l'appartenance familiale ou l'entre-soi économique, qui, comme je viens de le montrer, verrouillent l'accès aux opportunités foncières et à la gouvernance des cliniques. Comme le note Roger Brunet (1957) dans le contexte du vignoble languedocien français, ce type de récit contribue à faire taire les antagonismes de classe, en attribuant les inégalités à des différences de valeurs ou de comportement, et non à des rapports structurels de pouvoir. De plus, cette mise en récit du territoire et de celles et surtout ceux qui le construisent permet également de se distinguer des autres régions, notamment de Tunis, souvent décrite comme dominée par les privilèges politiques et le pouvoir bureaucratique. Par contraste, Sfax est présentée comme la ville de la rigueur et de l'entrepreneuriat, où la réussite s'explique par l'éthique du travail et non par les faveurs de l'État. Ce contraste valorise une forme de singularité locale tout en consolidant une position hégémonique sur l'ensemble du territoire sfaxien, notamment en matière de contrôle foncier et de structuration du champ médical capitaliste, mais aussi au-delà des frontières urbaines.

[131] Entretien n° 22 avec Hedi le 24 mai 2021 à Sfax.
[132] Entretien n° 21 avec Skander le 22 mai 2021 à Sfax.

Mais, en dépit des tentatives récurrentes de construction d'une image collective s'appuyant sur ces récits, le champ médical sfaxien est resté fragmenté, tiraillé entre la volonté d'afficher une identité unifiée à l'échelle internationale et la logique d'entre-soi concurrentiel qui domine les relations économiques locales. Plusieurs initiatives ont été rapportées lors de l'enquête : des noms de labels ont été évoqués, de même que l'organisation de caravanes médicales à l'étranger, ou encore des propositions de *branding* spécifique pour des secteurs comme la route de Gremda, identifiée localement comme axe structurant du capitalisme médical. Ces efforts, portés par certains médecins-actionnaires, visent à doter le secteur d'une lisibilité collective et à crédibiliser son attractivité auprès de patientèles internationales, au-delà des récits identitaires. Toutefois, ces dynamiques ont globalement échoué, en raison de la concurrence entre établissements, du manque de gouvernance commune et de la difficulté à mutualiser les intérêts, d'après les témoignages recueillis.

Comme l'explique Walid[133], responsable du développement commercial de la clinique où il est à la fois actionnaire et salarié, les dirigeant·es des cliniques refusent de dépasser les logiques d'autopromotion. Ce défaut de coordination révèle une tension structurelle entre l'exigence de marketing collectif et les dynamiques de compétition interne héritées du capitalisme communautariste. Chaque clinique est soutenue par une famille ou un groupe restreint de partenaires, dont les intérêts se structurent dans une logique d'appropriation microlocale. Cette structure relationnelle rend difficile toute forme de gouvernance collective. Ahmed[134], qui a œuvré dans des instances nationales de régulation des certifications, le résume en évoquant la nature même des cliniques privées à Sfax, rappelant les dynamiques exposées au chapitre 4 :

> ***Ahmed :*** *Forcément c'est des gens d'une même promotion ou d'une même famille. Donc il y a une affinité, mais aussi, surtout, une compétition implicite avec les autres groupes. Du coup les cliniques fonctionnent comme des clans et on a du mal à travailler ensemble.*

Ce morcellement est analysé par beaucoup d'agents dominants du champ comme un frein à l'émergence d'une véritable image partagée du pôle médical sfaxien. Les initiatives de *branding* restent des projets sans suite, faute de pouvoir institutionnel, de reconnaissance publique ou de structure fédérative solide. Cette situation renforce la fragmentation des échelles de représentation : les cliniques oscillent entre une identification à la ville de Sfax, à certains quartiers comme Gremda, ou à des réseaux d'agents sans territoire commun clairement défini. Sfax peine ainsi à construire un récit marketing partagé, malgré un terreau politique et sémantique a priori fécond dans ce domaine. Dans ce contexte, la fabrique de l'image médicale sfaxienne reste dominée

[133] Entretien n° 77 avec Walid le 21 avril 2022 à Sfax.
[134] Entretien n° 26 avec Ahmed le 18 juin 2021 à Sfax.

par les logiques d'appropriation individuelles des groupes d'actionnaires et l'incapacité à dépasser les frontières de l'entre-soi du capitalisme communautariste.

Ce récit repose sur un double déplacement : d'un côté, il construit Tunis comme la figure du pouvoir central, source d'injustices et de blocages ; de l'autre, il valorise la performance sfaxienne comme le fruit du seul travail et du mérite, indépendamment des ressources de l'État dont elle devrait par ailleurs bénéficier, comme le dénonce Habib[135] au sujet de la contribution fiscale au regard de la productivité du gouvernorat de Sfax :

> ***Habib :*** *Je suis content de me réveiller sfaxien. Même avec une réclamation… presque séparatiste ! Moi avant j'étais toujours contre, mais maintenant je me pose des questions. Si c'est pour être la brebis galeuse du pays, je préfère ne pas être tunisien ! Et depuis longtemps en plus, nous avons ces revendications ! Pour résumer, à un certain moment, la région de Sfax, c'était 30 % du produit national brut. 25 % des recettes fiscales, alors que nous ne nous sommes que 10 % de la population. C'est considérable, c'est énorme !*

Cette rhétorique se retrouve dans les entretiens avec presque tous les actionnaires de cliniques rencontrés, qui dénoncent par exemple fréquemment les blocages de Tunisair, la compagnie aérienne nationale, vis-à-vis de la desserte de l'aéroport de Sfax, jugée essentielle au développement de nouvelles routes pour le tourisme médical, ou encore des discours comme celui de Ahmed[136], médecin pluriactionnaire, qui distingue explicitement les « travailleurs » sfaxiens des élites sahéliennes ou tunisiennes associées au pouvoir politique et les « oisifs » des autres régions. Ces récits font là aussi écho aux observations de Brunet (*Ibid.*), qui analysait ces discours comme des stratégies de légitimation de la bourgeoisie viticole comme une manière de disqualifier les critiques internes par une mise en opposition avec le pouvoir central.

En se positionnant comme une périphérie laborieuse et méritante, Sfax construit un récit d'exemplarité qui fonctionne comme une ressource politique autant que marketing. Il permet de singulariser l'offre médicale sfaxienne vis-à-vis de Tunis, tout en légitimant les processus d'appropriation territoriale et d'exclusion interne. Loin de remettre en cause les hiérarchies locales, ce récit les naturalise et les renforce, en attribuant la réussite à des qualités morales supposées plutôt qu'à un jeu de positions sociales ou à l'héritage de ressources familiales et même, ce qui va à l'encontre de ces récits, des ressources collectives de l'état tunisien. Cela permet également de rejeter toutes formes de contestation ou de production d'un rapport de force par les classes dominées et les travailleur·euses, y compris au sein même du champ médical capitaliste.

[135] Entretien n° 28 avec Habib le 23 juin 2021 à Sfax.
[136] Entretien n° 32 avec Ahmed le 4 avril 2022.

Dans les entretiens menés, les syndicats de travailleur·euses, largement incarnés par l'Union générale tunisienne du travail (UGTT), sont systématiquement désignés comme des obstacles à la bonne gestion, voire comme des menaces à la viabilité économique des établissements de soins privés. Ridha[137] et Ali[138] affirment ainsi que l'hôpital public est « complètement aux mains du syndicat », évoquant une forme de clientélisme paralysant son fonctionnement. Ahmed, quant à lui, dénonce l'incompatibilité entre la gestion d'une entreprise privée et les revendications syndicales, perçues comme excessives ou inadaptées. Dans les cliniques privées, la crainte de la syndicalisation conduit à des stratégies de précarisation : refus de titularisation, *turnover* important, segmentation statutaire du personnel. Salah[139], directeur général d'une clinique du centre-ville de Sfax, souligne que la majorité du personnel « ouvrier » (hors médecin et infirmier·es selon sa qualification) représente « jusqu'à 60 % de l'effectif total », et que ce groupe est particulièrement ciblé par ces stratégies de désyndicalisation. Ces pratiques permettent de conserver un contrôle direct sur les conditions de travail, tout en limitant les formes d'organisation collective.

Une politique de branding *pour l'identité du capitalisme médical*

Enfin, cette forme de lutte discursive et symbolique de disqualification des oppositions internes s'observe aussi dans la mise en scène notamment toponymique des cliniques. Dernier point de cette analyse, la toponymie des établissements contribue à produire un récit territorial valorisant (Tableau 9 ci-dessous) :

Nom de l'établissement	Traduction et signification
Polyclinique Essalema	« Polyclinique bienvenue »
Polyclinique Errayhane	Nom arabe d'une plante médicinale
Polyclinique El Bassatine	« Polycliniques des jardins »
Polyclinique Zitouna	« Polyclinique des oliviers »
Polyclinique Erriadh	« Polyclinique du calme »
Polyclinique Ibn Annafis	Figure de la médecine arabe du Moyen Âge
Polyclinique Chams Internationale	« Polyclinique du soleil »
Polyclinique El Alya	« Polyclinique des hauteurs »
Polyclinique Errachid	Roi abbasside, figure influente de l'âge d'or islamique
Polyclinique Sfax Medina	En référence à la médina de Sfax, proche de la clinique
Polyclinique Ibn Khaldoun	Figure intellectuelle du Moyen Âge tunisien
Polyclinique Syphax	Nom berbère de Sfax

Tableau 9 – Noms des polycliniques sfaxiennes et leurs évocations culturelles, historiques ou toponymiques.[140]

[137] Entretien n° 46 avec Ridha le 30 avril 2022 à Sfax.
[138] Entretien n° 24 avec Ali le 6 juin 2021 à Sfax.
[139] Entretien n° 62 avec Salah le 29 juin 2022 à Sfax.
[140] Lorsque cela était possible, les traductions et significations m'ont été données par les directions des établissements, autrement elles sont le fruit de recherches personnelles et de discussion avec mes collègues chercheur·euses de la communauté scientifique sfaxienne.

Les noms des cliniques privées sfaxiennes s'inscrivent dans une stratégie de construction symbolique du territoire : ils mobilisent un répertoire naturaliste, savant ou patrimonial, largement déconnecté des conflictualités sociales et des mémoires populaires. Ces noms fabriquent un récit valorisant où le capitalisme médical s'ancre par la nomination elle-même. Suivant Frédéric Giraut et Myriam Houssay-Holzschuch (2016), la nomination relève d'un dispositif au sens foucaldien : elle associe des règles et procédures (autorisations, enregistrements), des supports matériels (panneaux, plans, plateformes), et des stratégies d'agents, afin de gouverner les usages et les représentations des lieux et de maintenir un ordre socio-spatial. Dans le cas sfaxien, ce mode de nomination porté par le capitalisme médical s'inscrit surtout dans des contextes d'identification et de marchandisation du nom, qui convertissent la désignation en ressource pour valoriser l'investissement, affirmer des centralités médicales et naturaliser leur présence. Le cas de la clinique Chams est exemplaire de cette dynamique, dont le nom de l'établissement finit même par désigner informellement tout un quartier, reconfigurant ainsi les usages et les imaginaires d'un espace par la seule force du *branding*, en miroir des dynamiques passées à Sfax où les *zenkats* et les *merkez* prenaient les noms des grandes familles qui y étaient établies. Le nom agit ici comme instrument d'institution du lieu : il fixe un usage et une identité, tout en effaçant d'autres récits possibles, notamment ceux des classes dominées et des luttes locales. À l'inverse, dans la médecine publique, la toponymie héritée de l'État nationaliste post-indépendance renvoie plutôt à des figures fondatrices et mémorielles dans une logique d'identité civique illustrée par les renommages des lieux désignés par les colon·es. Ce paysage toponymique, construit par les agents du capitalisme médical, fabrique aussi le rapport de force avec les pouvoirs publics. Il constitue une forme d'urbanisme symbolique privé où la clinique devient un repère spatial autant qu'un repère identitaire.

Ce processus rejoint les observations de Max Rousseau (2011), pour qui les politiques d'image, dans lesquelles ces stratégies de *branding* s'insèrent, ne sont pas des instruments neutres de valorisation territoriale, mais des outils actifs de recomposition des rapports de pouvoir. Dans ses analyses, comme on le retrouve ici à Sfax, les politiques d'image sont portées par des coalitions dominantes, issues du monde économique, qui cherchent à redéfinir la perception collective de la ville pour en faire un levier d'attractivité, d'investissement et de légitimation. Dans le cas sfaxien, cette stratégie ne repose néanmoins pas tant sur une politique de partenariats public-privé que sur une série d'initiatives privées, fragmentées, bien que convergentes, visant à imposer un récit de réussite locale fondée sur le capitalisme médical et ses agents. Par cet assemblage entre récit territorial et *branding,* les élites médicales sfaxiennes reconfigurent symboliquement l'espace urbain, assignent aux lieux une fonction morale et identitaire, et substituent à la planification publique leur propre récit territorial.

Les éléments développés dans ce point font un pas de côté pour montrer que l'ancrage du capitalisme médical sfaxien repose sur une légitimation identitaire et une mise

en récit toponymique qui visent à rendre les pratiques d'appropriation acceptable, tout en s'appuyant sur une structure concrète faite de coalitions médico-familiales restreintes. La mise en récit du territoire par le nom s'articule à une appropriation identitaire au sens de Fabrice Ripoll et Vincent Veschambre (2005) : l'identité locale, reformulée par les usages sociaux dominants, sert à la fois de justification de l'accaparement foncier, de ressource de distinction sur le marché des soins et de levier pour envisager un déploiement au-delà des frontières de la ville. Sur ces principes se rend opératoire l'ancrage interne du capital médical. L'immobilisation des excédents dans des actifs durables apparaît comme une modernisation et des services à la ville, qui stabilisent provisoirement les contradictions locales. Lorsque cette stratégie rencontre ses limites, le même registre identitaire rend possible la revendication d'une expansion territoriale, présentée comme le rayonnement de Sfax et la mise en concurrence avec Tunis. C'est le passage à l'ancrage externe du capital : les excédents sont déplacés vers d'autres lieux et échelles, tandis que l'appropriation identitaire et la structure capitaliste médico-familiale fournissent les ressources sociales et matérielles qui rendent cette expansion possible, tolérée et légitime.

3 – Déborder l'espace urbain : expansion territoriale, narrations identitaires et ancrage extrasectoriel du capital

Les chapitres et sections précédents ont montré comment le capitalisme médical sfaxien a profondément remodelé l'espace urbain, en réinvestissant une partie substantielle de ses excédents financiers dans l'immobilier médical, la densification de la proche périphérie de Sfax et le développement de nouvelles centralités. Cette dynamique s'inscrit dans la continuité d'un processus plus ancien, caractéristique du capitalisme sfaxien, qui s'est historiquement appuyé sur la valorisation foncière des *jnens* et sur la transformation progressive des espaces périurbains en pôles d'activités économiques et résidentielles.

Cependant, la capacité de ce capital à s'accumuler au-delà des besoins immédiats de reproduction de l'appareil productif médical pose la question de son devenir. Ce surplus n'est pas uniquement réabsorbé dans les circuits locaux ou urbains. Deux orientations principales peuvent être identifiées : d'une part, un ancrage externe régional, marqué par des investissements notamment agricoles dans l'arrière-pays sfaxien et dans les gouvernorats limitrophes ; et d'autre part, un ancrage externe international, qui se traduit par le déploiement de la filière médicale hors de Tunisie et par l'intégration d'une partie du capital dans les circuits financiers internationaux. Cette mobilisation du cadre du *spatial fix* s'articule ici à la notion d'appropriation à distance développée par Ripoll et Veschambre (*Ibid.*) entendue comme la capacité à exercer un contrôle juridique, économique et idéel sur des espaces où les agents ne sont pas présents physiquement. Ces concepts permettent de saisir à la fois les dimensions économiques,

spatiales et symboliques de l'exportation du capital médical sfaxien au-delà de son territoire urbain d'origine et de revenir aux premiers éléments analytiques du territoire sfaxien proposés dans cette thèse sur la circulation et le contrôle du capital, évoqué dans le chapitre 2, depuis la période coloniale jusqu'à aujourd'hui.

Comme détaillé dans le chapitre 4, les agents centraux du capitalisme médical sfaxien dégagent des revenus élevés, en particulier grâce à la patientèle étrangère (notamment libyenne) et au montage institutionnel du couple cabinet-clinique. Une part substantielle des actes, parfois plus de la moitié de ceux réalisés par les médecins, se font hors convention CNAM, et sont tarifés librement puis réglés en espèces, ce qui réduit la traçabilité. Ce régime confère au capital médical une grande liquidité, qui alimente directement l'investissement, y compris hors santé, et soutient les dynamiques d'ancrage et d'expansion qui sont analysées ici. La rentabilité de ce secteur permet ainsi le remboursement accéléré des emprunts contractés pour l'installation initiale[141] ou pour l'entrée au capital des cliniques (par des prêts participatifs), et génère un surplus rapidement disponible pour de nouveaux projets. Au-delà du niveau d'imposition, c'est la configuration des régimes fiscaux qui facilite la transformation rapide des excédents médicaux en capital investi. Les dispositifs d'incitation à l'investissement (déductions, exonérations partielles et temporaires, TVA réduite à l'exportation) orientent les arbitrages des médecins-actionnaires vers des secteurs bénéficiant d'avantages spécifiques. Concrètement, ces mécanismes permettent de déplacer l'assiette imposable du revenu professionnel vers des actifs moins taxés, d'accroître l'effet de levier du crédit, et de sécuriser des rentes tout en diversifiant les placements. Ce système contribue ainsi à soutenir l'effort d'investissement du capital médical, tant dans son ancrage local que pour les investissements hors du secteur de la santé.

Les témoignages recueillis sur le terrain illustrent la manière dont une partie de cet excédent financier est réinvesti dans l'arrière-pays sfaxien, notamment dans des secteurs agricoles et productifs bénéficiant d'un régime fiscal avantageux. Ali[142], par exemple, explique avoir réorienté une partie substantielle des revenus de son cabinet vers l'acquisition d'oliveraies vers Menzel Chaker, un village situé à une trentaine de kilomètres à l'ouest de Sfax. Ses possessions atteignent environ 300 hectares, avec des projets d'extension de sa production à 5000 arbres. S'il n'a pas voulu me préciser les montants de ses acquisitions réalisées à la fin des années 2010, on peut tout de même en estimer une large fourchette à partir des données de la valeur foncière dans ces territoires rapportées par Mathilde Fautras (2017) : l'hectare s'y vendait alors entre 6000 TND et 50 000 TND (entre 1750 euros et 14 650 euros) en 2010, selon la qualité du sol, la salinité de l'eau ainsi que les plantations et infrastructures déjà présentes sur l'exploitation. On peut donc estimer cette propriété agricole entre 1,8 million de dinars (530 000 euros) et 15 millions de dinars (4,4 millions d'euros) qui traduisent ainsi une

[141] En particulier le crédit FONAPRA, expliqué dans le chapitre 4.
[142] Entretien n° 24 avec Ali le 8 juin 2021 à Sfax.

capacité d'investissement considérable pour une seule personne ne tirant des revenus que de son cabinet et de son salaire de médecin fonctionnaire sous le régime de l'APC. Pour ces investissements, il bénéficie ainsi d'exonérations fiscales sur dix ans, de la suspension de TVA et des primes de développement régional pouvant couvrir jusqu'à 60 % des coûts d'investissement. Les équipements modernes d'irrigation, les systèmes d'énergie renouvelable et les infrastructures de conditionnement sont également financés dans ce cadre, ce qu'il m'a indiqué avoir également financé sur ces parcelles.

Ces trajectoires individuelles s'inscrivent dans la tendance plus large décrite par Mathilde Fautras (*Ibid.*), notamment à Regueb, situé à 50 kilomètres de Sfax dans le gouvernorat de Sidi-Bouzid, où l'arrivée de capitaux citadins, et particulièrement sfaxiens, entraîne la concentration foncière, la dépossession de familles rurales et le remplacement des cultures vivrières par des monocultures d'exportation, principalement d'oliviers et d'amandiers. Les investisseur·euses, souvent absent·es physiquement, exercent un contrôle à distance via la gestion déléguée et les mécanismes juridiques de propriété, renforçant ainsi un modèle d'appropriation foncière à distance, qui correspond au marqueur identitaire du capitalisme sfaxien. Outre l'oléiculture, certain·es investissent dans la pêche hauturière. C'est le cas de Mohamed[143], médecin spécialiste à Sfax qui, en plus de ses possessions dans l'olivier et l'amandier en périphérie de Sfax, a investi dans un chalutier avec un ami d'enfance :

> ***Mohamed :*** *On a des oliviers. Sur le secteur, on a des oliviers. On a les deux, les amandes et les oliviers. En fait, l'investissement qu'on fait, vu qu'on a un certain niveau de vie et un certain niveau de dépenses mensuelles, même si on déclare le plafond, après, à la retraite, on a une somme qui ne nous permet pas de garder le même niveau de vie. Donc, on investit dans les terrains. Par exemple, les oliviers et les amandiers parce que d'une année à une autre, ça a toujours une plus-value. C'est le meilleur placement.*
>
> *Mais aussi, j'ai un ami qui est devenu capitaine. Un jour il m'a appelé en me disant qu'il avait des problèmes de liquidité et tout… alors depuis on a un chalutier ensemble ! Un bateau de 27 mètres aux normes européennes. Il peut rester en mer 15 à 20 jours, avec congélation à bord, et exporter directement vers l'Espagne, la France ou l'Italie. Au départ, c'était juste pour dépanner un ami d'enfance qui avait un problème de liquidité. Finalement, je suis entré à moitié dans ce chalutier, et aujourd'hui il en possède trois.*

Cet extrait illustre la manière dont des investissements peuvent naître de réseaux personnels et se transformer en placements durables. Comme dans l'oléiculture,

[143] Entretien n° 40 avec Mohamed à Sfax le 26 avril 2022.

ces projets tirent parti des régimes défiscalisés, de l'accès à des équipements subventionnés et de débouchés internationaux. La pêche hauturière bénéficie en effet d'un régime fiscal particulièrement incitatif : exonération totale d'impôt sur les sociétés pendant dix ans, réduction à 10 % par la suite, suspension de TVA sur les équipements, et exonération des droits de douane pour le matériel importé. Des primes spécifiques à la compétitivité, à la productivité et au développement régional peuvent là aussi couvrir jusqu'à 60 % des coûts, rendant ce type d'investissement particulièrement attractif pour des placements de capitaux excédentaires. L'exemple de Mohamed montre que ce secteur, en plus d'être une source de rente, s'inscrit dans une logique de diversification patrimoniale articulant rentabilité marchande et ancrage économique régional. Ce type de diversification illustre comment les médecins-investisseurs consolident à la fois leurs sources de revenus et leur influence économique dans l'arrière-pays sfaxien.

Les trajectoires d'investissement de médecins comme Mohamed ne s'arrêtent pas aux frontières du gouvernorat de Sfax. En plus de ses placements dans l'oléiculture et la pêche, il détient des actions et des investissements dans des sociétés cotées, principalement en Europe, et a ouvert un compte en France à l'époque de ses études. Cette internationalisation du portefeuille montre l'ouverture du capital médical sfaxien s'intégrant aux circuits financiers mondiaux :

> *Mohamed : Quand je suis parti en France, j'ai ouvert un compte à la Société Générale. Au départ, je voulais juste placer une somme sur un livret d'épargne. Ma conseillère, elle m'a orienté vers un plan d'épargne en actions. Bon en fait j'ai eu une perte importante au moment du 11 septembre, et du coup j'ai décidé de comprendre les mécanismes boursiers. Depuis, c'est devenu presque une passion ! J'ai investi dans diverses sociétés, parfois dans le médical, mais aussi dans des valeurs bancaires. Aujourd'hui, c'est un petit hobby, mais avec des montants qui peuvent être significatifs et ça rapporte quand même pas mal.*

Ces placements en actions, facilités par la détention d'un compte à l'étranger, offrent un accès direct aux marchés internationaux et à des secteurs à forte valeur ajoutée, tout en diversifiant les sources de revenu, notamment dans des devises internationales comme l'euro. Si l'achat d'action est un format relativement exceptionnel, ces investissements se font plus classiquement sous forme d'achats immobiliers dans des métropoles comme Paris, utilisés pour loger les enfants étudiant·es (dont une bonne partie effectuera ses études dans les facultés de médecine parisiennes) ou pour générer des revenus en euros. Ce qui confirme, outre les témoignages directs concernant les revenus, le capital économique dont disposent ces agents.

Parallèlement, certains collectifs d'actionnaires développent des stratégies d'exportation directe du capital médical vers d'autres pays. Les tentatives initiales de caravanes médicales en Afrique de l'Ouest, coûteuses et peu adaptées au développement

d'un marché, ont souvent échoué à générer des flux de patientèle depuis de nouvelles destinations. Cela a conduit à un changement d'échelle et de méthode : plutôt que d'attirer les patient·es à Sfax, il s'agit désormais de créer des antennes médicales dans les pays ciblés, avec l'appui des réseaux diplomatiques et consulaires tunisiens. L'exemple du Forum tuniso-nigérian de santé, auquel j'ai été convié à Sfax en avril 2022, illustre cette volonté de nouer des partenariats bilatéraux. Dans ce contexte, certains médecins-actionnaires promeuvent des coopérations médicales croisées avec la Libye, mêlant flux de patients et prises de participation dans des structures de santé locales. Comme l'explique Hedi, propriétaire d'une clinique de la route de Gremda, pour qui il s'agit de créer un « groupe santé » transfrontalier par l'ouverture du capital de sa clinique à des investissements libyens avec une participation réciproque dans des établissements libyens. Cette stratégie sera pour lui le moyen, à terme, de consolider une filière médicale transnationale en perte de vitesse tout en sécurisant d'éventuelles concurrences internationales.

Ces dynamiques d'ancrage externe régional et international répondent à une double logique. L'ancrage externe régional prolonge la domination historique de Sfax sur son arrière-pays agricole, dans la continuité d'un capitalisme communautaire fondé sur la maîtrise foncière et le contrôle à distance depuis le 19e siècle. L'ancrage externe international, quant à lui, insère le capital médical sfaxien dans des flux économiques globaux, lui permettant de répondre à ses propres crises et élargissant les opportunités de rente. Les conséquences de ces phénomènes sont multiples : redéfinition des rapports ville-campagne qui recomposent les paysages ruraux par la monoculture d'exportation et renforcement de l'ancrage d'une élite médicale citadine dans un capitalisme à la fois enraciné localement et internationalement. L'ancrage spatial externe, dans ses déclinaisons régionale et internationale, constitue ainsi non seulement une clé d'analyse des stratégies d'absorption de la suraccumulation, mais il permet aussi de mettre en lumière la manière dont ces stratégies peuvent perpétuer des rapports de domination. L'exemple sfaxien montre que, sans se limiter à une résolution temporaire des crises, comme l'envisage David Harvey, l'ancrage spatial permet de reproduire des dynamiques héritées de la colonisation et des formes originelles du capitalisme, fondées sur l'exploitation des ruraux par les citadins, dans une forme de cycle renouvelé au gré des recompositions de la structure de l'état et du capitalisme lui-même. En projetant temporairement ces excédents sur de nouveaux espaces, il repousse les tensions liées à l'accumulation sans les résoudre, tout en réactivant et en consolidant ces hiérarchies socio-spatiales.

Conclusion de section

Cette seconde section a établi que les contradictions de l'ancrage interne du capitalisme médical sfaxien, qui repose sur l'incertitude de la demande, un excédent de survaleur peinant à être réinvesti localement, et la concurrence de Tunis, conduisent à des formes d'appropriation discrète de l'espace sfaxien, qui se fondent en premier lieu

sur le contournement et la transactionnalisation des règles d'urbanisme. Ces appropriations se font aussi par des ajustements ponctuels et des emprises progressives sur les espaces communs urbains qui renforcent la viabilité des investissements. La « discrétion » des appropriations dont il est question dans cette section se place en miroir des stratégies de visibilité décrites dans la précédente : elles constituent le complément nécessaire de *l'inner fix* (ancrage et immobilisation locale) et, simultanément, le tremplin de son *outer fix* (débordements et ancrage vers d'autres territoires).

Ces appropriations reposent sur une infrastructure sociale construite par les héritages familiaux, qui prolonge une histoire longue de captation foncière du capitalisme à Sfax (voir chapitre 2), et qui s'appuie en partie sur l'architecture contemporaine ordonnée du champ médical capitaliste (voir chapitre 4) en exposant les logiques qui ont conduit à la radialisation des actifs immobiliers (voir chapitre 5). Elles s'accompagnent enfin d'un débordement de l'emprise au-delà du périmètre urbain de Sfax, porté par des circuits de finance excédentaire et des montages qui amalgament des investissements défiscalisés dans des rentes agricoles et d'autres dans les circuits de la finance mondialisée.

Ces phénomènes reconfigurent les régimes d'usage des espaces publics comme privés en reposant sur une fabrique identitaire sfaxienne qui déplace les antagonismes vers Tunis et s'ancre dans des dispositifs symboliques. En croisant identité, pratiques et valeur juridique de la propriété privée, ces dynamiques permettent au capitalisme médical de s'affranchir des antagonismes de classe qui cadrent les possibilités de contestation, tout en lui offrant un cadre de justification légitime pour son expansion et la perpétuation des appropriations sur lesquelles il se fonde.

Conclusion de chapitre

Ce chapitre a mobilisé deux cadres conceptuels principaux, l'appropriation et le *spatial fix,* pour analyser les logiques spatiales du capitalisme médical sfaxien et les hiérarchies internes qui le structurent. L'appropriation recouvre la variété des régimes d'usage, exclusifs ou partagés, autonomes ou dépendants, qui combinent dimensions matérielles, juridiques et symboliques afin de consolider le pouvoir des acteurs. Le *spatial fix* (ancrage spatial), quant à lui, met en lumière la dialectique entre un ancrage local au sein de la filière (*inner fix*) et une externalisation territoriale dans d'autres domaines économiques (*outer fix*), deux réponses aux contraintes et opportunités du marché. Leur articulation montre comment la mobilité du capital dans l'espace repose sur des logiques d'appropriation à la fois matérielles et symboliques, qui tirent parti des structures de l'État et de la société tunisienne pour se maintenir et s'accroître.

Deux grandes modalités d'appropriation sont ici observées, l'une visible et l'autre discrète, qui s'articulent pour façonner un contrôle pluriscalaire de la ville et de ses espaces périphériques. Les appropriations visibles passent par l'occupation, l'affichage et le contrôle de l'espace urbain : façades et signalétique ostentatoires, aménagements intérieurs et extérieurs conçus pour orienter la patientèle et jouer d'un espace concurrentiel, gestion du stationnement comme prolongement de l'espace médical. Elles produisent des effets directs sur la hiérarchisation interne du champ en verrouillant l'accès aux emplacements les plus prestigieux et rentables. Les appropriations discrètes, quant à elles, constituent l'infrastructure de cet ancrage : contournements réglementaires via un urbanisme transactionnel, exploitation de zones juridiquement ambiguës, mobilisation d'héritages fonciers et de capital social familial ou communautaire. Ces dispositifs, silencieux, assurent la sécurisation et l'extension de l'emprise, prolongeant des dynamiques historiques de captation foncière et s'appuyant sur des produits immobiliers standardisés. Ensemble, ces deux formes d'appropriation consolident la domination des agents principaux du champ médical capitaliste.

Au-delà de la ville, l'appropriation se manifeste par *l'outer fix*, soit une série de débordements et d'ancrages externes des capitaux qui prolongent la logique d'accumulation. Les surplus financiers issus de l'activité médicale (dividendes et revenus des cabinets) sont réinvestis dans des secteurs variés. À l'échelle régionale, cela se traduit par des investissements agricoles, l'exploitation de niches fiscales et le contrôle de territoires ruraux fragiles. Sur le plan international, l'expansion prend la forme d'implantations en Libye ou en Afrique subsaharienne, ainsi que d'une circulation du capital dans des réseaux financiers globaux. Cette appropriation à distance maintient un contrôle juridique, économique et symbolique sans nécessiter de présence physique continue, renforçant la capacité des élites médicales à articuler enracinement local et circulation transnationale du capital.

L'ensemble de ces dynamiques trouve un cadre de justification dans la fabrique d'une identité territoriale spécifique. Les élites médicales, en coopération avec la bourgeoisie sfaxienne dont elles sont largement issues, mobilisent une narration territoriale centrée sur l'identité sfaxienne, qui leur permet de légitimer la captation des ressources et de déplacer les antagonismes politiques et économiques vers Tunis. Ce récit produit un effet politique et symbolique puissant : il construit une légitimité locale, neutralise les conflits de classe en les requalifiant en rivalités interurbaines, et renforce le pouvoir de ces élites dans l'espace public. L'interaction entre ces récits identitaires et les stratégies foncières agit comme un levier supplémentaire de consolidation du capitalisme médical, en ancrant ses pratiques d'appropriation dans un registre de défense et de valorisation du territoire local.

Les analyses développées dans ce chapitre montrent que le capitalisme médical à Sfax se définit autant par la production d'infrastructures et d'espaces que par la fabrication d'un ordre territorial hiérarchisé. L'articulation entre appropriation et *spatial fix* éclaire ainsi la capacité du capital à conjuguer des ancrages locaux et une circulation transnationale, assurant ainsi sa reproduction malgré les fragilités de la filière médicale privée. Ces dynamiques confirment le rôle central des élites médicales dans la transformation matérielle et symbolique de la ville, et invitent à penser l'urbain comme un produit de rapports de force multiscalaires.

Conclusion générale

Cette thèse établit que le capitalisme médical sfaxien constitue un ordre économique et social ancré dans la ville. Sa croissance dans l'espace s'articule autour des concepts d'ordre, de normes, d'appropriation et de s*patial fix*. Dans ce travail, je distingue le capitalisme médical, qui est une organisation de la production des soins fondée sur la propriété, la prescription comme ordre social et le pouvoir de marché, du capitalisme sanitaire, entendu comme un régime macro de marchandisation de la santé au sein du mode de production capitaliste. Le cadre analytique mobilise la théorie des champs (positions, capitaux et hiérarchies) et la grammaire du *spatial fix* (ancrages immobiliers et débordements internationaux) pour rendre compte des mécanismes de captation et de mobilité du capital. L'enquête est ancrée à Sfax, ville post-industrielle et postcoloniale de Tunisie, dont la position permet de saisir des dynamiques encore peu étudiées dans la littérature scientifique contemporaine. L'enjeu est de montrer comment un tel contexte a été le terreau fertile de la filière du capitalisme médical, et comment celle-ci reconfigure autant la production urbaine que les rapports de pouvoir par ses dispositifs d'appropriation de l'espace.

La conclusion de cette thèse adopte une progression en quatre temps. Je remonte d'abord le fil synthétique de ce travail, pour expliciter ensuite les propositions de généralisation et les comparaisons possibles. Puis je rappelle les conditions de validité des résultats de la thèse et les limites que cela implique. Enfin, j'ouvre des réflexions vers des pistes de recherches futures que ce travail pourrait nourrir ou encourager.

Récit synthétique d'une filière médico-capitaliste et de son ancrage urbain

La thèse déploie la généalogie du capitalisme médical en l'ancrant dans son histoire politique, territoriale et sociologique. Si le capitalisme sanitaire renvoie d'abord à un régime macro de marchandisation de la santé (politiques et dispositifs de gestion, tarification à l'acte, assurances, nouveau management public), je propose de désigner en son sein le capitalisme médical comme un mode d'organisation de la production des soins fondé sur la propriété privée et le contrôle des moyens de production (plateaux techniques et cabinets), des hiérarchies professionnelles adossées à la prescription, l'organisation du travail soignant, la recherche de rentabilité et le pouvoir de marché sur les flux de patientèles. La généalogie située de ce champ montre, à l'échelle tunisienne, une construction en trois temps : sous la période coloniale (transposition hospitalo-universitaire française, centralisation coloniale et ordres professionnels), sa consolidation par l'État après l'indépendance (réseau public hiérarchisé, CHU), puis la libéralisation des années 1980-2000 qui voit l'essor d'une élite médico-entrepreneuriale, principal objet de mon enquête. Dans ce parcours, la théorie des champs permet de

qualifier les positions, capitaux et hiérarchies des agents du champ. Située à Sfax, l'analyse documente la conversion d'anciennes rentes agraires et industrielles en rente urbaine, puis en capital médico-immobilier et en filière médico-économique insérée dans des circulations transnationales, qui reboucle désormais sur les rentes agraires initiales et l'insertion dans la finance internationale.

L'enquête qualitative de cette thèse, par théorisation ancrée, a été conduite en tenant compte de nombreuses contraintes. L'accès inégal au secteur privé et public, une conjoncture politique mouvante et perpétuellement en crise, ainsi que des opacités foncières et financières ont orienté la construction du corpus et la validité des matériaux exposés. Le va-et-vient entre terrains, codages et résultats assure la traçabilité du travail d'analyse, tandis que l'explicitation de ma position sur le terrain a permis d'identifier les angles morts de cette recherche. Cette configuration méthodologique situe la portée des résultats et encadre la généralisation que je propose par la suite.

En mobilisant les outils de la sociologie des champs, la cartographie des positions sociales met en évidence un centre médico-actionnarial structuré autour du couple cabinet-clinique, principale entité ayant présidé au développement du capitalisme médical sfaxien. La prescription, outil de hiérarchisation dans le champ, oriente les flux vers des plateaux techniques contrôlés par des dispositifs d'actionnariat, parfois en pluriactionnariat, qui confèrent un pouvoir de marché et stabilisent une rente de monopole captée par les médecins. Autour de ce noyau, des agents transversaux (banques et établissements de crédit, promoteurs et architectes, sociétés de systèmes d'information, entreprises de sécurité) ne font pas que soutenir le secteur : leur intégration à l'organisation ordinaire du soin constitue l'armature du champ médico-capitaliste, c'est-à-dire l'interpénétration durable du champ médical avec des agents issus du champ économique. En marge, des intermédiations indispensables mais précaires (ambulanciers, représentants, *samsars* et logeurs) assurent le transport, l'hébergement et la prospection. Bien que requis dans le développement de la filière, ces agents sont fréquemment disqualifiés et rendus illégitimes à participer à la captation de la valeur générée par les soins, alors même que le fonctionnement initial du système a largement reposé sur leur action, exposant la réalité d'une économie duale et des frontières internes de légitimité à évoluer dans le champ.

Du quartier central de Sfax El Jadida aux extensions le long des routes radiales, le capitalisme médical devient un opérateur de la ville fondé sur un héritage étatique qui en a préparé le terrain : trame viaire hiérarchisée, opérations publiques de déguerpissement et de viabilisation, centralité hospitalo-universitaire et instruments d'urbanisme ont participé en premier lieu à la fabrique de cette centralité médicale. Cette base a permis une transition vers un urbanisme entrepreneurial, dans lequel la croissance urbaine du secteur s'appuie sur trois ressorts complémentaires, alors que l'État tunisien s'orientait vers des politiques néolibérales.

D'abord, la verticalisation : l'augmentation des coefficients d'utilisation foncière (CUF) et des hauteurs autorisées permet l'empilement de fonctions, qui s'est traduit par l'investissement dans des gabarits plus importants et l'intensification des plateaux techniques au sein d'îlots déjà prisés par la médecine ; puis la densification : remplissage des interstices, acquisition foncière et reconversion d'anciens actifs (*jnens*, ateliers, anciennes huileries) en surfaces médicalisées, qui rapprochent les lieux de consultation des cliniques et renforcent les continuités le long des radiales. Enfin, la standardisation : par la production de produits immobiliers spécialisés (centres médicaux intégrés, établissements de type *dar tabib*) et de normes d'accessibilité, de signalétique et de stationnement en façade, qui rendent le dispositif reproductible, reconnaissable et rentable pour les médecins comme pour les promoteurs.

Pris ensemble, ces trois phénomènes se déploient dans un phénomène d'ancrage spatial interne médico-immobilier qui absorbe temporairement les difficultés foncières et les effets sur la ville en offrant des capacités supplémentaires et une rentabilité financière. Mais cette résolution est provisoire : elle déplace les contradictions urbaines (congestions, manque d'accessibilité, monofonctionnalité des espaces urbains) et accroît la dépendance à des formes bâties difficiles à reconvertir, préparant ainsi les conditions d'un nouvel ajustement par d'autres échelles. Dans ce mouvement, les normes et normes du champ (accessibilité, signalétique, stationnement, dispositifs de sécurité, agencement des façades) s'imposent progressivement comme normes et normes urbaines, transférant les logiques d'ordres propres au champ vers les espaces urbains.

En se posant comme opérateur urbain, le capitalisme médical s'approprie les espaces urbains et en reconfigure les usages et rapports sociaux. Les régimes d'appropriations que déploie le champ médical capitaliste sont de deux ordres : visibles et discrets. Enseignes, façades, stationnement, emprise des *zenkats*, guérites, vidéosurveillance et toponymie participent de l'appropriation de l'espace qui se distribue selon des degrés d'autonomie et d'exclusivité relative à la position des agents dans le champ. Ces appropriations s'adossent à un urbanisme transactionnel (contournements des règles et redéfinitions d'usage des espaces publics) et à des infrastructures contrôlées par l'ordre familial, qui étendent de fait la sphère privée au-delà des limites parcellaires. Elles s'articulent à un ancrage externe du capital fait de réinvestissements agrofonciers, de placements financiers et de mobilités dans l'espace franco-tunisien, qui permettent d'absorber les surplus et de sécuriser le capital. L'ensemble produit un ordre territorial hiérarchisé, un tri social des circulations et des accès, tout en reposant sur des récits identitaires et de modes de nomination qui naturalisent ces hiérarchies.

Les fils tirés des chapitres convergent vers quatre traits systémiques. D'une part, la récurrence de systèmes dialectiques qui s'articulent au sein du champ (centre VS marges, champ VS État tunisien, Sfax VS Tunis). D'autre part, un repli citadin s'observe par la concurrence, avec un recentrage sur des centralités historiquement détenues par

la bourgeoisie sfaxienne. S'y ajoutent un État néolibéral autoritaire, qui a permis et cadré le développement contemporain du champ, et des normes qui sont continuellement redéfinies par les agents dominants.

En définitive, l'enquête fait ressortir quatre traits systémiques :

- La persistance de tensions dialectiques qui structurent le champ : centre vs marges (sélectivité des investissements et évictions), champ médical vs État tunisien (coproduction conflictuelle des règles, contournements et accommodements), et Sfax vs Tunis (mise en concurrence interurbaine et quête d'autonomie symbolique et économique).
- Un repli citadin par la concurrence, se traduisant par la recentralisation des activités et des rentes sur des centralités historiquement contrôlées par la bourgeoisie sfaxienne.
- Le rôle d'un État néolibéral autoritaire qui, loin de se retirer, cadre et autorise le développement du champ (urbanisme, fiscalité, régulation sanitaire), tout en externalisant une partie des coûts.
- Un régime normatif hiérarchisé dans lequel les normes produites par les agents dominants sont continuellement redéfinies puis transposées à l'espace urbain, consolidant l'ordre médico-capitaliste.

Modéliser et généraliser les articulations conceptuelles de la thèse

De manière séquentielle, il s'agit également de discuter les implications conceptuelles de la thèse, leur remontée en généralité, et leur exploitation dans d'autres cadres, dans l'optique de dialoguer plus largement avec la littérature scientifique passée ou à venir. Je propose pour cela une liste sommaire de cinq propositions d'articulations et de discussions théoriques que la thèse alimente :

Je propose un modèle mobilisant conjointement le concept d'appropriation (autonomie/exclusivité) à l'ancrage (*spatial fix* (Harvey 1981; Harvey 2005)) (interne/externe) dans le champ médical capitaliste. L'axe d'autonomie-exclusivité permet de lire ensemble les modalités de l'appropriation juridique (titres, contrats, conventions), matérielle (bâti, abords, signalétique, stationnement) et idéelle (récits, toponymie, marques). J'articule ce concept à l'ancrage interne (immobilisations médico-immobilières et normes de fonctionnement) et à l'ancrage externe (réinvestissements agrofonciers et financiers, mobilités professionnelles). Leur interaction montre qu'il est possible d'analyser ensemble des microdispositifs qui organisent la captation de la valeur et la convertissent en rendements immobiliers (ancrage interne), eux-mêmes recyclés en placements et circulations du capital (ancrage externe) qui jouent un rôle de soupape face aux contradictions que génère la filière médicale. Il s'agit de revenir ici à une analyse en systémogénèse, telle que proposée par Franck Auriac (1983), qui permet de voir ici l'imbrication de dispositifs d'appropriation locaux

permettant de convertir le capital médical en rentes et immobilisations. Ce système s'accompagne d'un mouvement d'expansion du capital vers des territoires extérieurs à la production du capital médical, jusqu'à l'international, qui fait circuler ces rentes et permet d'absorber les contradictions propres à la filière. Cette lecture, qui articule les niveaux locaux, régionaux et transnationaux, permet une lecture conjointe, pluriscalaire, de ces phénomènes dont les manifestations sont a priori hétérogènes. Cette grille de lecture ne serait ni exclusive au territoire sfaxien ni exclusive au champ médical capitaliste. Sa transposition me semble souhaitable à d'autres espaces observant des dynamiques similaires, tout en apportant un approfondissement empirique au cadre du *spatial fix* et en reliant les logiques conceptuelles de l'appropriation à celle plus générale des processus d'accumulation du capitalisme.

Je prolonge l'usage de la notion de champ en géographie, à la suite notamment de Marie Bonte (2019) et Marine Duc (2022) dans deux directions. D'une part, j'en propose une lecture explicitement spatialisée : l'espace n'est pas une simple caractéristique contextuelle du champ, il en est un déterminant intrinsèque. Le champ est non seulement situé spatialement mais l'espace consiste en l'une de ses dimensions structurantes, au même titre que les relations sociales. Cette position s'inscrit dans une perspective dimensionnelle, telle que défendue par Fabrice Ripoll (2020), pour laquelle l'espace est coproduit par les rapports sociaux et inversement. Dans ce travail, je montre comment les capitaux se matérialisent dans l'espace, reflètent et renforcent les hiérarchies, les institutions et les symboles. D'autre part, je montre que le champ médical capitaliste est une expression symptomatique de la structure néolibérale et de sa manière de fabriquer, distribuer et reconfigurer le pouvoir : il se place à la fois comme champ dominant et comme champ dominé par des logiques économiques qui l'interpénètrent, l'amenant à adopter des structures et des pratiques parfois en tension avec sa construction historique et déontologique. Concrètement, la combinaison prescription + propriété organise l'accès aux plateaux techniques et oriente les flux vers des dispositifs contrôlés par la propriété, notamment à travers le couple cabinet-clinique, formant en partie le « capital médical » dont disposent les agents du champ, mais pas seulement. Dans ce cadre, je pars de deux référentiels complémentaires pour construire cette notion : (1) les travaux de Patrice Pinell (2005; 2009), dont les travaux sur le champ médical éclairent les hiérarchies professionnelles, les luttes de positions en son sein et la production d'un capital symbolique propre à la filière médicale ; (2) les analyses de Philipe Batifoulier et Olivier Da Silva (2022) sur le capitalisme sanitaire, qui montrent comment la marchandisation, les dispositifs gestionnaires et la concurrence modifient la place de la santé dans l'économie, la production de valeur en son sein ainsi que les structures de régulation. À partir de ces deux apports, j'appelle « capital médical » l'ensemble structuré de ressources qui articulent les hiérarchies symboliques, les relations sociales et la capacité financière en y intégrant la dimension spatiale. Ce déplacement permet d'inscrire la notion à la fois dans son historicité (la construction du champ médical) et dans le mode de production dominant contemporain (le capitalisme) et de relier ses

dynamiques internes à l'infrastructure de production et d'accumulation qui les traverse. En déplaçant l'analyse des relations sociales vers cette lecture plus large de l'infrastructure d'accumulation, je montre comment ce champ devient le support de la reproduction socio-spatiale d'une fraction dominante de la population.

Je propose d'articuler la notion d'appropriation aux régimes de visibilité et de publicité des espaces urbains. Dans la continuité des travaux de Ripoll et Veschambre (2005), je montre comment elle opère concrètement : du droit d'usage toléré à des pratiques concrètes de privatisation des espaces publics et d'exclusivité des espaces privés ; de sa matérialité (produits immobiliers, formes bâties, traitements des façades, totems, places réservées, dispositifs de contrôle) à ses références idéelles (toponymie, dénominations, récits sociospatiaux). Cette articulation ouvre la voie à une étude conjointe des phénomènes, à la fois du point de vue des relations sociales (hiérarchies, rapports de pouvoir, légitimations) et du point de vue des formes qu'ils produisent dans la ville et de leur perception par les citadin·es. Elle donne à voir que le capitalisme produit une esthétique urbaine qui lui est propre, avec ses codes et ses pratiques, également hiérarchisés, perçus et disputés. Dans ce cadre, je relie l'appropriation à la publicité des espaces urbains (Staeheli et Mitchell 2008) pour la lire comme un gradient socialement produit et privatisable, plutôt qu'un attribut binaire de l'espace. Ce gradient se lit ici dans des indicateurs de densité et de hauteur des enseignes, les traitements de façades, les régimes de stationnement, la présence de guérites et de caméras, la toponymie, la présence ou non de certains agents. Si, dans cette thèse, ce travail a été relativement expérimental, cette lecture se prête à concevoir des indicateurs quantifiables et/ou reproductibles. L'intérêt est double : introduire une mesure de l'appropriation des espaces par la visibilité qui rend comparables des terrains et des périodes, et disposer d'un cadre d'application complet pour observer conjointement les relations sociales, les formes urbaines et les expériences perceptives qu'elles génèrent. Ceci ouvre la voie à intégrer la notion d'ambiance urbaine (Thibaud 2015) à un cadre d'analyse sur les appropriations de l'espace sous le mode de production capitaliste.

En me concentrant sur une ville intermédiaire comme Sfax, je montre que ces entités ne sont pas des relais passifs mais bien des nœuds de la globalisation capitaliste. Le cas de Sfax, illustré ici à partir du cadre médical, dépasse par ailleurs ce seul secteur et pose plus largement la question de la position des territoires magrébins dans les hiérarchies contemporaines. Dans le cas tunisien, et plus spécifiquement à Sfax, cette position intermédiaire s'inscrit dans des rapports de domination entre territoires où la ville est à la fois dominante et dominée : dominante par la concentration des infrastructures médicales, de fonctions de commandement partielles (finance, administration, systèmes d'information), par la captation de clientèles locales solvables et transnationales et par sa captation des terres productives et des actifs au-delà de ses frontières ; dominée par sa dépendance à une patientèle étrangère, des normes néolibérales internationales et par l'inscription postcoloniale de la circulation des capitaux, des

praticien·nes et des dispositifs. Ce décentrement vers un terrain comme Sfax permet de parler d'un capitalisme ordinaire : une production urbaine et économique située, ni métropolitaine ou globale, où l'accumulation se fabrique dans des configurations quotidiennes fondées sur des réseaux d'élites locales, des instruments publics précis et des intermédiations directes. Le caractère industriel et postcolonial donne à voir les mécanismes concrets et particuliers par lesquels s'articulent appropriations, ancrages et hiérarchies. En ce sens, Sfax requalifie la place des villes intermédiaires dans les chaînes de valeur : ni simple relais ni périphérie passive, mais un lieu d'agrégation et de reproduction des dynamiques de pouvoirs du capital. Dans le prolongement de l'analyse des « villes ordinaires » (Robinson 2005; Backouche et Montel 2007), cette enquête permet de montrer que le capitalisme est aussi à saisir, comme un mode de production des territoires, par ce prisme de l'ordinaire.

J'appuie enfin l'idée que le néolibéralisme s'est construit ici, comme au Chili notamment, sous l'égide d'un État autoritaire. L'émergence de cette organisation économique s'appuie d'abord sur l'armature institutionnelle de la médecine publique (centralisation hospitalo-universitaire, institutions professionnelles), que le désengagement progressif de l'État a ouverte à des formes de privatisation et de délégation, préparant l'entrée des acteurs privés et la reconfiguration du champ sous sa forme capitaliste. Dans un second temps, la faiblesse et la sélectivité des outils de régulation, combinées à un urbanisme transactionnel, ont permis la consolidation et l'extension de ce capitalisme médical. Ce régime s'adosse en outre à des oppositions structurantes qui fabriquent concrètement son fonctionnement : État/bourgeoisie (coproduction des normes, délégations, appropriations), légitimité/illégitimité (institutionnalisation des pratiques dominantes et disqualification des intermédiations pourtant nécessaires), citadin/rural (recentrage sur les centralités et exploitation des ressources périphériques) ou capitale/province. Ces dualismes ne sont pas des clivages binaires, ils s'articulent par des mécanismes qui organisent la circulation des capitaux (au sens marxiste comme bourdieusien) et la hiérarchisation des espaces.

Portée, limites et angles-morts : ce que l'enquête qualitative sur le cas de Sfax permet, et ne permet pas, de dire

La position de Sfax, façonnée sur le long terme par un arrière-pays agricole sans concurrence urbaine proche, une centralité marchande en Méditerranée et des héritages coloniaux puis étatistes, conjuguée à un régime politique et à des conditions matérielles favorables, explique en grande partie la forme prise par le capitalisme médical sfaxien. Ces paramètres doivent être interrogés avant de transposer ce cadre à d'autres terrains. Si ce contexte agrège des traits récurrents de l'espace urbain méditerranéen (centralité portuaire et commerciale, circulation des normes et des capitaux, reconversions industrielles, influence des bourgeoisies familiales), il présente également des spécificités temporelles et territoriales : coopération de la bourgeoisie locale avec l'administration coloniale, centralisme de l'État après l'indépendance, puis avantages tirés

des dispositifs néolibéraux. Pour le cas de Sfax, il en est résulté la possibilité de se constituer comme une centralité médicale dont la forme capitalistique s'est insérée dans des dynamiques favorables aux dominant·es, en articulation étroite avec les ressources collectives, dans un territoire ne disposant par ailleurs pas d'un écosystème touristique du soin et dépendant spécifiquement d'une rente transfrontalière. Ces caractéristiques dépassent néanmoins le seul secteur médical et doivent être questionnées en regard d'autres secteurs, comme celui de l'éducation, ou dans des territoires intermédiaires présentant des configurations comparables. Reste que le cas de Sfax est intéressant par ses dimensions intermédiaires et ouvre la voie à la comparaison avec des terrains présentant des situations similaires autour de la Méditerranée (Annaba et Bejaia en Algérie, Tripoli au Liban) qui pourraient présenter un cadre d'enrichissement à cette étude.

Le choix d'une méthode par théorisation ancrée a cadré le corpus et la démonstration. Il m'a permis de produire une analyse fine mais, là encore, située, qui ouvre des prolongements méthodologiques, en particulier quantitatifs mais aussi positionnels. Je me suis appuyé sur des entretiens, des observations, des carnets et un corpus photographique, mis en forme par des codages et des matrices. L'accès au privé a été plus facile qu'au public, tandis que certains segments informels ou féminins restent partiellement invisibilisés dans cette enquête. Ma position (langue, genre, classe, nationalité) a façonné les interactions et les terrains possibles : elle a constitué un atout pour approcher des fractions des classes dominantes et contourner des barrières locales souvent opposées aux chercheur·euses tunisien·nes mais elle a aussi refermé des portes, notamment vers des espaces plus informels, féminins, non francophones, ou méfiants à l'égard de ce que peut représenter un Français en Tunisie. De plus, les opacités foncières et financières et la conjoncture politique ont orienté ce qui m'était visible et ce qui ne me l'était pas, ou pas directement. De même, j'ai choisi de ne pas suivre la piste de la patientèle, qui constitue pourtant une part non négligeable du champ, à la suite des travaux de Betty Rouland, Mounir Jarraya et Sébastien Fleuret (2016). Ces limites sont à prendre pour ce qu'elles sont : le résultat des compromis opérés face aux contraintes du terrain. Elles ont motivé des choix d'enquête et structurent la validité des résultats. En retour, elles laissent des zones d'ombre (gouvernance hospitalière publique et instances de régulations nationales, circuits financiers, de larges parts du secteur informel, rôle des femmes dans cette économie du soin) qui appellent des enquêtes complémentaires, mais aussi des compléments quantitatifs : mesures d'ordres de grandeur (capitaux investis, flux patients/financiers), production d'indicateurs d'appropriation (densité d'enseignes, proximité cabinet-clinique, catégories d'usager·es de l'espace public), réalisation d'inventaires d'équipements exhaustifs et suivi de la documentation foncière, voire fiscale.

Enfin, l'enquête s'est déployée sur plusieurs années, mais elle livre une photographie datée et située de la situation à Sfax. Des événements importants ont affecté l'accès aux agents, modifié les flux et les investissements. La pandémie de COVID-19 a

rappelé combien ces équilibres peuvent évoluer brutalement. Les dispositifs mis en place par les agents du champ et les chaînes transnationales demeurent sensibles aux régulations, à la situation politique et aux crises, sanitaires comme financières. Si j'ai pris soin d'inscrire ces dynamiques dans le temps long, il conviendra d'en suivre l'évolution dans les années à venir et de voir si le capitalisme médical se renforce ou, au contraire, en infirme la lecture proposée.

Des chantiers à ouvrir : déserts médicaux, citadinité médicale, circulations sud-nord et cartographie des flux transnationaux

Cette recherche ouvre également sur des pistes connexes, des réflexions qui sont issues d'intuitions ou de résultats trop faiblement démontrés pour être exposés dans la thèse. Elles sont à mon sens de l'ordre de quatre grands domaines interreliés :

Une thématique fortement médiatisée de la géographie de la santé est celle des « déserts médicaux ». La littérature invite à ne pas réduire cette notion à un simple déficit d'offre : si les mesures classiques de raréfaction, de densité médicale et de distance/temps d'accès demeurent centrales (Jarraya et Beltrando 2013; Apparicio et al. 2017; Perucca, Piacenza et Turati 2019), elles doivent être complétées par une approche de l'accès et de l'accessibilité au sens distingué par Guillaume Chevillard *et al.* (2018) : la disponibilité effective des professionnel·les et des créneaux, l'organisation des services (horaires, délais, modes d'exercice), la capacité financière et l'acceptabilité pour les patient·es en rapport à leurs besoins. Lire ces dimensions à partir des principes du capitalisme médical permettrait d'en proposer une explication systémique : l'ancrage interne concentre les investissements sur des centralités urbaines où la rentabilité est forte, tandis que l'ancrage externe capte des revenus et des patientèles au-delà du territoire sans y redistribuer les services médicaux. Les dispositifs d'appropriation organisent alors des effets d'éviction par les prix, un tri social des usages, qui pourraient produire des inégalités dans l'accès aux soins. Une piste de travail ultérieure consisterait à relire également ces « déserts » au prisme du capitalisme médical, en Tunisie ou ailleurs, c'est-à-dire au prisme du mode de production des soins : articuler des métriques d'accessibilité, des inventaires d'équipements et des flux avec une analyse des régimes d'appropriation, d'ancrage et d'organisation urbaine des soins. Dans le même ordre d'idées, le seul « caractère urbain » de la médecine ne dit pas tout des raisons de son ancrage pérenne en ville : la citadinité comme grille de lecture offre une entrée pour comprendre la relation entre les médecins et la ville.

La médecine est une profession très majoritairement citadine et les médecins exercent un pouvoir sur la cité. Dans le prolongement des textes mobilisés au chapitre 1, la lecture de Michel Foucault (Foucault 1979; Foucault 1975) rappelle que le « regard médical » et les dispositifs disciplinaires reconfigurent les espaces et les corps, tandis que la proposition plus tardive de Gilles Deleuze (1990), prolongeant Foucault, souligne que les normes se diffusent par des dispositifs de contrôle interindividuels (sociétés de

contrôle), dont la santé et ses agents constituent un vecteur majeur de diffusion. Cette grammaire est pertinente pour relier la médecine, la fabrique urbaine et la citadinité : elle permet d'appréhender à la fois les formes de la ville et les conduites des agents. Dans ce cadre, un prolongement de mon travail sur la citadinité médicale serait pertinent.

La thèse documente, d'une part, la matérialisation urbaine du capitalisme médical et d'autre part les pratiques de mise en visibilité, de mobilité et de contrôle dans l'espace. En prolongeant ce socle empirique, une enquête approfondie permettrait de systématiser l'analyse du rapport des agents à l'espace urbain selon les propositions de Pascale Nédélec (2013) : les pratiques (mobilités, usages des espaces publics), les processus d'appropriation (juridiques, matériels, idéels) et les identités urbaines (récits, toponymie, lieux symboliques). Elles seraient intéressantes en outre à articuler plus finement avec l'observation des dynamiques transnationales qui traversent le champ, déjà repérées dans le matériau, et qui contribuent à reconfigurer la citadinité contemporaine des médecins tunisien·nes. Cette dernière s'est construite dans un espace particulier, celui de la colonisation, avec ses circulations et ses hiérarchies : trajectoires de formation, reconnaissance des titres, accès aux institutions et distinctions des statuts se sont d'abord structurés dans ce cadre, puis reconfigurés après l'indépendance et s'entretiennent par la mobilité continue de cette population vers la France (Jaballah 2021). Cette histoire produit une configuration des pratiques, appropriations et identités citadines qui mériteraient de retenir notre attention dans la perspective d'une étude plus globale des élites en Tunisie et au Maghreb dans l'espace postcolonial.

Dans la thèse, je lis la mobilité internationale des médecins depuis les Suds vers les Nords comme une double composante structurante à la fois du processus de socialisation dans le champ médical capitaliste mais aussi de l'ancrage externe du capitalisme médical. Dans la lignée des travaux d'Anne-Catherine Wagner (1998; 2020) sur les élites transnationales, cette mobilité pourrait s'entendre comme une stratégie d'accumulation et de sécurisation (éducation des enfants, immobilier, placements) socialement et symboliquement valorisée. Elle s'appuie sur des canaux historiquement construits qui ont sélectionné et hiérarchisé les filières de formation et de reconnaissance des titres (Vermeren 2022), sur des styles de vie et d'entre-soi d'une « mobilité bourgeoise » (Lesourd 2012), et sur des ajustements sociaux et identitaires de cadres transnationaux (Pierre 2003) face aux dispositifs d'équivalence de diplômes, aux régimes de visas et au marché du travail. Dans le champ médical, ces circulations recomposent la profession et donnent à voir des positions nuancées, comme le montre Christelle Fifaten Hounsou (2018) au sujet des élites médicales d'Afrique de l'Ouest dites « subalternes » en contexte d'accueil mais dominantes localement, avec des effets de retour sous forme d'investissements et de transferts de normes. Dans le prolongement des travaux d'Alain Tarrius (2002) ou d'Armelle Choplin et d'Olivier Pliez (2018) sur la circulation subalterne des capitaux à l'échelle transnationale, il serait intéressant de corréler ces mobilités à la cartographie et la quantification des flux financiers associés. Ceci dans

l'objectif d'établir des ordres de grandeur et d'en mesurer les effets distributifs en reliant les gains individuels avec les gains (ou non) en ressources collectives. Cela supposerait de pouvoir suivre précisément, par un dispositif méthodologique adapté, les actionnariats et participations, l'inventaire des patrimoines transnationaux, les moyens de mobilisation fiscaux et bancaires et de leurs circulations.

Annexes méthodologiques

Liste des entretiens

Personne interrogée	Date	N°	Lieu	Catégorie	Spécialité
Adnene, Homme, 43 ans	12/11/2018 13/05/2022	1 71	Sfax	Management	Direction
Omar, Homme, 52 ans	13/11/2018 14/04/2022	3 73	Sfax	Médecine	Stomatologie
Sofiane, Homme, 55 ans	14/11/2018	5	Sfax	Immobilier	
Achref, Homme, 45 ans	15/11/2018	6	Sfax	Médecine	Pédiatrie
Walid, Homme, 30 ans	17/11/2018 21/04/2022	8 77	Sfax	Management	Direction
Latifa, Femme, 48 ans	17/11/2018	9	Sfax	Intermédiation	Entremise
Slim, Homme, 51 ans	17/11/2018	10	Sfax	Médecine	Pneumologie
Sami, Homme, 31 ans	19/11/2018	11	Sfax	Société civile	Associatif
Mohamed, Homme, 62 ans	29/03/2019	12	Tunis	Paramédical	Pharmacie
Yassine, Homme, 39 ans	16/03/2019	13	Tunis	Paramédical	Pharmacie
Ilyes, Homme, 40 ans	30/03/2019	14	Tunis	Management	Direction
Anis, Homme, 40 ans	01/04/2019	15	Tunis	Immobilier	
Salah, Homme, 63 ans	02/04/2019	16	Tunis	Management	Direction
Amel, Femme, 37 ans	16/04/2019	17	Tunis	Paramédical	Pharmacie
Zakaria, Homme, 60 ans	16/04/2019	18	Tunis	Médecine	Cardiologie
Sami, Homme, 50 ans	18/04/2019	19	Tunis	Médecine	Néphrologie
Skander, Homme, 65 ans	22/05/2021	21	Sfax	Médecine	Anesthésie
Hedi, Homme, 62 ans	24/05/2021	22	Sfax	Paramédical	Pharmacologie
Hassan, Homme, 65 ans	01/06/2021	23	Tunis	Médecine	Chirurgie
Ali, Homme, 52 ans	08/06/2021	24	Sfax	Médecine	Chirurgie
Oussema, Homme, 49 ans	08/06/2021	25	Sfax	Médecine	Anesthésie
Ahmed, Homme, 50 ans	18/06/2021	26	Sfax	Médecine	Pharmacologie
Marwen, Homme, 36 ans	21/06/2021	27	Sfax	Intermédiation	Entremise
Habib, Homme, 80 ans	23/06/2021	28	Sfax	Médecine	Cardiologie
Mohamed, Homme, 41 ans	25/06/2021	29	Sfax	Urbanisme	Architecture
Hedi, Homme, 40 ans	28/06/2021	30	Sfax	Médecine	Anesthésie
Zakaria, Homme, 36 ans	29/06/2022	31	Sfax	Intermédiation	Entremise
Ahmed, Homme, 68 ans	04/04/2022	32	Sfax	Médecine	Angiologie
Ali, Homme, 68 ans	05/04/2022	33	Sfax	Médecine	Cardiologie

Mohamed, Homme, 63 ans	12/04/2022	34	Sfax	Paramédical	Pharmacie
Lotfi, Homme, 60 ans	13/04/2022	36	Sfax	Intermédiation	Financement
Bechir, Homme, 72 ans	22/04/2022	39	Sfax	Médecine	Dentaire
Mohamed, Homme, 51 ans	26/04/2022	40	Sfax	Médecine	Urologie
Nathalie, Femme, 48 ans	26/04/2022	41	Sfax	Société civile	
Kamel, Homme, 50 ans	27/04/2022	42	Sfax	Urbanisme	Régulation
Adel, Homme, 50 ans	28/04/2022	43	Sfax	Médecine	Générale
Mourad, Homme, 64 ans	28/04/2022	44	Sfax	Médecine	Générale
Souad, Femme, 42 ans	28/04/2022	45	Sfax	Médecine	Générale
Ridha, Homme, 64 ans	30/04/2022	46	Sfax	Paramédical	Infirmerie
Yassine, Homme, 43 ans	04/05/2022	47	Sfax	Intermédiation	Évacuation sanitaire
Fatma, Femme, 46 ans	04/05/2022	48	Sfax	Médecine	Dermatologie
Mohamed, Homme, 60 ans	04/05/2022	49	Sfax	Urbanisme	Régulation
Haitem, Homme, 51 ans	05/05/2022	50	Sfax	Urbanisme	Agence foncière
Saif-eddine, Homme, 50 ans	06/05/2022	51	Sfax	Urbanisme	Agence foncière
Hayet, Femme, 52 ans	09/05/2022	52	Sfax	Médecine	ORL
Lotfi, Homme, 51 ans	10/05/2022	53	Sfax	Intermédiation	Lobbying
Oussema, Homme, 30 ans	11/05/2022	54	Sfax	Intermédiation	Entremise
Rim, Femme, 40 ans	11/05/2022	55	Sfax	Intermédiation	Lobbying
Leïla, Femme, 64 ans	12/05/2022	56	Sfax	Intermédiation	Financement
Omar, Homme, 46 ans	17/05/2022	57	Sfax	Médecine	Chirurgie
Imen, Femme, 30 ans	18/05/2022	58	Sfax	Société civile	Associatif
Adem, Homme, 51 ans	18/05/2022	59	Sfax	Paramédical	Biologie
Nassim, Homme, 50 ans	28/06/2022	60	Sfax	Intermédiation	Sous-traitance
Siwar, Femme, 40 ans	28/06/2022	61	Sfax	Intermédiation	Lobbying
Salah, Homme, 50 ans	29/06/2022	62	Sfax	Management	Direction
Hedi, Homme, 56 ans	02/07/2022	63	Sfax	Paramédical	Pharmacie
Mohamed, Homme, 52 ans	02/07/2022	64	Sfax	Médecine	Biologie
Khalil, Homme, 62 ans	02/07/2022	65	Sfax	Management	Direction
Tarak, Homme, 67 ans	31/05/2023	66	Sfax	Immobilier	
Salma, Femme, 47 ans	02/06/2023	67	Sfax	Médecine	Urgence
Eya, Femme, 46 ans	01/06/2023	68	Sfax	Médecine	Gynécologie

Tableau 10 – Liste des entretiens

Matrice d'encodage intermédiaire

	A : Confondre les genres	B : Mobilité_DIM_Court et long terme	C : Se spécialiser	D : Travailler sa réputation	E : Voyager pour commercialiser	F : Voyager pour se former	G : Délégitimer	H : Essentialiser	I : Justifier par les causes externes	J : Légitimer par la science	K : Légitimer par les compétences et les diplomes	L : Concurrencer_DIM_Interne externe	M : Coopérer_DIM_Interne externe	N : Objecter l'ordre étatique	O : Objecter l'ordre pro	P : Ordonner par la famille	Q : Ordonner par l'association	R : Ordonner par le marché	S : Ordonner par l'état	T : Ordonner par l'informel	U : Ordonner par l'ordre pro	V : Constituer un patrimoine_DIM_court et long	W : Démarrer son entreprise	X : Devenir compétitif	Y : Diversifier ses investissements	Z : Échouer dans ses projets	AA : Fabriquer un cadre esthétique	AB : Faire varier les temporalités	AC : Financiariser les pratiques	AD : Mobiliser un capital financier extérieur	AE : Standardiser les pratiques du secteur	AF : Structurer sa société	AG : Transmettre son capital	AH : Concentrer les activités	AI : Détéritorrialiser ses pratiques	AJ : Organiser l'espace	AK : Profiter des ressources métropolitaines	AL : Ressources régionales_DIM_Profiter subir	AM : Ressources urbaines_DIM_Profiter subir	AN : Standardiser les ressources matérielles urbaines	
1 : Confondre les genres		1	1	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11
2 : Mobilité_DIM_Court et long terme	1		5	3	5	1	2	2	6	0	0	5	3	2	2	0	0	1	0	1	1	2	1	2	6	0	0	1	3	0	7	0	1	2	0	0	1	0	3	2	71
3 : Se spécialiser	1	5		0	1	0	3	4	1	0	0	3	0	0	1	4	0	0	0	1	0	2	1	3	5	0	0	1	0	0	7	0	0	4	0	0	1	0	3	8	59
4 : Travailler sa réputation	0	3	0		0	1	1	0	1	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	5	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	22
5 : Voyager pour commercialiser	0	5	1	0		0	0	0	2	0	1	0	4	0	0	0	0	0	2	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	4	0	0	1	0	0	1	0	0	0	26
6 : Voyager pour se former	0	1	0	1	0		0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	10
7 : Délégitimer	3	2	3	1	0	0		4	2	0	0	2	2	6	2	2	0	0	3	0	3	3	0	3	1	2	0	1	0	0	5	0	0	2	0	0	0	0	3	5	60
8 : Essentialiser	0	2	4	0	0	1	4		3	0	1	1	0	3	1	3	0	0	1	1	2	0	0	2	2	0	1	0	0	0	5	0	1	0	0	0	2	0	0	4	44
9 : Justifier par les causes externes	0	6	1	1	2	0	2	3		0	1	4	2	6	0	0	0	0	5	1	1	0	0	3	1	1	0	3	0	0	4	0	0	0	0	0	3	0	2	1	58
10 : Légitimer par la science	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
11 : Légitimer par les compétences et les diplomes	0	0	0	0	1	2	0	1	1	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
12 : Concurrencer_DIM_Interne externe	1	5	3	2	0	0	2	1	4	0	0		0	1	2	0	0	0	1	1	1	2	0	5	2	0	0	0	1	0	3	0	0	4	0	0	0	1	3	2	47
13 : Coopérer_DIM_Interne externe	0	3	0	2	4	0	2	0	2	0	0	0		2	1	0	0	0	1	2	3	0	0	1	0	1	0	0	4	0	4	0	0	2	0	0	1	0	0	0	32
14 : Objecter l'ordre étatique	0	2	0	0	0	0	6	3	8	0	0	1	2		1	0	0	0	2	2	1	0	0	1	2	2	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	0	40
15 : Objecter l'ordre pro	1	2	1	0	0	0	2	1	0	1	0	2	1	1		0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	17
16 : Ordonner par la famille	0	0	4	0	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	4	3	0	0	0	0	1	4	26
17 : Ordonner par l'association	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18 : Ordonner par le marché	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
19 : Ordonner par l'état	1	0	0	0	2	0	3	1	5	0	0	1	1	2	0	0	0	0		1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	4	0	0	1	0	0	0	0	2	5	32
20 : Ordonner par l'informel	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	2	2	0	0	0	0	1		0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	17
21 : Ordonner par l'ordre pro	0	1	0	1	1	1	3	2	1	0	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0		2	2	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	1	0	2	1	30
22 : Constituer un patrimoine_DIM_court et long terme	1	2	2	0	0	0	3	0	0	0	0	2	0	0	2	2	0	1	0	0	2		3	0	4	0	0	0	1	1	4	0	1	0	0	0	0	0	3	1	35
23 : Démarrer son entreprise	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	3		1	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	1	18
24 : Devenir compétitif	0	2	3	5	0	0	3	2	3	0	0	5	1	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1		4	0	1	1	0	0	7	0	0	1	0	0	2	0	3	2	50
25 : Diversifier ses investissements	0	6	5	1	1	0	1	2	1	0	0	2	0	2	0	2	0	0	1	1	0	4	0	4		0	2	1	0	0	6	0	0	3	0	0	1	0	2	2	50
26 : Échouer dans ses projets	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
27 : Fabriquer un cadre esthétique	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0		0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
28 : Faire varier les temporalités	0	1	1	0	0	0	1	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0		0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	13
29 : Financiariser les pratiques	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0		0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
30 : Mobiliser un capital financier extérieur	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0		1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	7
31 : Standardiser les pratiques du secteur	0	7	7	2	4	0	5	5	4	1	2	3	4	2	1	1	0	1	4	1	1	4	1	7	6	2	2	2	2	1		0	0	2	0	0	1	0	1	3	89
32 : Structurer sa société	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0
33 : Transmettre son capital	0	1	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0		3	0	0	0	0	1	1	16
34 : Concentrer les activités	0	2	4	0	1	0	2	0	0	0	0	4	2	0	1	3	0	0	1	0	3	0	0	1	3	0	0	0	0	0	2	0	3		0	0	0	0	8	9	49
35 : Détéritorrialiser ses pratiques	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
36 : Organiser l'espace	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0
37 : Profiter des ressources métropolitaines	0	1	1	0	1	1	0	2	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0		0	1	0	16
38 : Ressources régionales_DIM_Profiter subir	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	1
39 : Ressources urbaines_DIM_Profiter subir	0	3	3	1	0	0	3	0	2	0	0	3	0	1	0	1	0	0	2	1	2	3	0	3	2	0	0	1	0	0	1	0	1	8	0	0	1	0		7	49
40 : Standardiser les ressources matérielles urbaines	1	2	8	0	0	0	5	4	1	0	0	2	0	0	0	4	0	0	5	0	1	1	1	2	2	0	0	0	0	0	3	0	1	9	0	0	0	0	7		59

Tableau 11 – Matrice d'encodage intermédiaire

Table des figures et tableaux

Figure 1 – Carte de situation de Sfax et du trajet du prologue. Réalisation : Théo Maurette 2025. 17
Figure 2 – Les grues et façades sud du quartier de Sfax El Jadida, prises depuis le marché de la porte de Beb Jebli à Sfax en novembre 2018. Crédit David Rochas 17
Figure 3 – Carte du gouvernorat de Sfax et de ses subdivisions principales. Réalisation : Théo Maurette 2025. 61
Figure 4 – Carte des municipalités du gouvernorat de Sfax. Réalisation : Théo Maurette 2025. 62
Figure 5 – Carte des secteurs composant le Grand Sfax. Réalisation : Théo Maurette 2025. 63
Figure 6 – Carte des circulations du capital dans le gouvernorat de Sfax. Source : Fondation des Nations unies pour l'agriculture, rapport de Sarvia et al. (2014). Réalisation : Théo Maurette 2025. 65
Figure 7 – Systémogénèse du capitalisme sfaxien. Réalisation : Théo Maurette 2025. 75
Figure 8 – Tweet de Thomas Pesquet au sujet de Sfax le 14 octobre 2021 77
Figure 9 – Carte des ensembles morphologiques du Grand Sfax. Réalisation : Théo Maurette 2025. 79
Figure 10 – Circulations sur deux voies le long de la route de Gremda, le 9 avril 2022 ; Autobus circulant sur la route de Gremda le 8 juin 2021 80
Figure 11 – Diversité des usages de l'espace le long de la route de Gremda le 30 mai 2023 ; Circulation piétonne entravée par le stationnement et l'absence de trottoir le long de la route de Gremda le 23 juin 2021 81
Figure 12 – Voirie large et activité commerciale le long de la rue Cheikh Mahmoud Krichen, kassas reliant la route de Gremda à la route Lafrane le 8 juin 2021. Entrée de la rue Hedi Mellouli, zenkat non goudronnée située au kilomètre 3 de la route de Gremda le 8 juin 2021. 82
Figure 13 – Carte d'étude morphologique du centre-ville de Sfax. Réalisation : Théo Maurette 2025. 85
Figure 14 – Vue aérienne de la médina de Sfax. Source : Photogrammétrie Google maps 2014 86
Figure 15 – Vues aériennes des quartiers coloniaux de Sfax. Source : Photogrammétrie Google maps 2014 86
Figure 16 – Vue aérienne du quartier de Sfax El Jadida. Source : Photogrammétrie Google maps 2014 87
Figure 17 – Carte d'étude morphologique de la route de Gremda, du kilomètre 1,5 à 3,5. Source : images satellites Airbus 2004 - 2015. Réalisation : Théo Maurette 2025. 90

Figure 18 – Zone en cours de densification des jnens le long de la route de Menzel Chaker ; zone de transition entre les anciens bouras (à droite) et les jnens (à gauche). Source : Photogrammétrie Google maps 2014 ____ 91
Figure 19 – Faubourg Rbat situé au premier kilomètre de la route de Gremda. Source : Photogrammétrie Google maps 2014 ____ 92
Figure 20 – Merkez situé au croisement de la route de Mahdia et de la ceinture du kilomètre 3. Source : Photogrammétrie Google maps 2014 ____ 93
Figure 21 – Verticalisation des constructions le long de la route de Tunis. Source : Photogrammétrie Google maps 2014 ____ 94
Figure 22 – Quartier planifié par la SNIT dans la banlieue ouest de Sfax. Source : Photogrammétrie Google maps 2014 ____ 97
Figure 23 – PIF El Ons situé au kilomètre 10 de la route de Tunis à la limite de l'extension urbaine de Sfax ; PIF de Gremda situé au kilomètre 8 de la route éponyme. Source : Photogrammétrie Google maps 2014 ____ 98
Figure 24 – Schéma des ensembles morphologiques du Grand Sfax et de leurs logiques socio-spatiales. Réalisation : Théo Maurette 2025. ____ 100
Figure 25 – Carte de la répartition des équipements sanitaires publics et privés dans le Grand Sfax. Source : relevés de terrain, ministère de la Santé publique, INS. Réalisation : Théo Maurette 2025. ____ 106
Figure 26 – Carte de la spatialité des années d'inauguration des cliniques privées sfaxiennes. Source : ministère de la Santé publique, 2019. Réalisation : Théo Maurette 2025. ____ 108
Figure 27 – Comparaison des infrastructures du tourisme international et de la santé privée en Tunisie. Source : Annuaire statistique de la Tunisie (2021), Indicateurs annuels d'infrastructure (2021), INS. Réalisation : Théo Maurette 2025. ____ 111
Figure 28 – Schéma temporel d'une enquête menée par théorisation ancrée, selon Christophe Lejeune (2019) ____ 131
Figure 29 – Diagramme des entrées terrain et entretiens semi-directifs. Réalisation : Théo Maurette 2025. ____ 133
Figure 30 - Répartition des effectifs des personnes enquêtées par niveau de diplôme 136
Figure 31 - Répartition des effectifs des personnes enquêtées par classe d'âge ____ 136
Figure 32 - Répartition des effectifs des personnes enquêtées par sexe ____ 137
Figure 33 – Effectifs médicaux par secteur, classe d'âge et sexe en Tunisie en 2008. Source : Rapport moral du Conseil National de l'Ordre des Médecins 2007 - 2008 ____ 137
Figure 34 – Lieux d'observation du terrain sfaxien. Réalisation : Théo Maurette 2025.139
Figure 35 – Schéma de la méthode de transformation des données de l'enquête. Réalisation : Théo Maurette 2025. ____ 153
Figure 36 – Schéma fonctionnel du « couple cabinet-clinique » Réalisation : Théo Maurette 2025. ____ 161

Figure 37 – Tableau des trajectoires professionnelles des médecins enquêté·es. [1] Hassan, rencontré à Tunis le 1er juin 2021 ; [2] Hassan rencontré à Sfax le 5 avril 2022. Réalisation : Théo Maurette 2025. 165
Figure 38 – Schéma des positions centrales dans le champ médical capitaliste sfaxien. Réalisation : Théo Maurette 2025. 179
Figure 39 – Schéma des positions périphériques dans le champ médical capitaliste sfaxien. Réalisation : Théo Maurette 2025. 189
Figure 40 – Schéma des positions transversales dans le champ médical capitaliste sfaxien. Réalisation : Théo Maurette 2025. 203
Figure 41 – Un 3assa (en gilet fluorescent) et un samsar (à sa droite) accueillent l'accompagnateur d'un patient libyen sur un parking du centre-ville de Sfax le 5 mai 2022 212
Figure 42 – (1) Extrait de la page d'accueil du site Internet de l'agence de Marwen, (2) visuel partagé sur la page Facebook de son agence en novembre 2021. 214
Figure 43 – Schéma des positions marginales dans le champ médical capitaliste. Réalisation : Théo Maurette 2025. 216
Figure 44 – Espace global des positions dans le champ médical capitaliste sfaxien. Réalisation : Théo Maurette 2025. 217
Figure 45 – Plan masse du projet d'aménagement de Sfax El Jadida et coupe illustrant la structure du bâti. Source : étude prospective sur la zone des Martyrs (BTS 1983) 223
Figure 46 – Situation des centres Palmarium et Arwika le long de l'avenue du 14 Janvier à Sfax El Jadida. Source : Photogrammétrie Google maps 2014. 224
Figure 47 – Situation des centres Jebli, Ibn Zohr et Ribat el Medina le long de l'avenue de Carthage à Sfax El Jadida. Source : Photogrammétrie Google maps 2014 225
Figure 48 – Carte de la concentration des cabinets médicaux dans le quartier de Sfax El Jadida en 2022. Source : relevé de terrain (voir chapitre 3). Réalisation : Théo Maurette 2025. 226
Figure 49 – (1) façade est du centre Palmarium ; (2) Couloir du hall sud du centre Palmarium le 31 mai 2022 à Sfax. 228
Figure 50 – (1) Façade principale de l'immeuble, (2) hall d'entrée avec les ascenseurs, la cage d'escalier et la loge du gardien, immeuble Ibn Zohr le 4 avril 2022 à Sfax. 231
Figure 51 – Plan des équipements projeté du quartier de Sfax El Jadida. Source : étude prospective sur la zone des Martyrs (BTS, 1983) 234
Figure 52 – (1) Emprise au sol et bâti de la clinique Taoufik ; (2) Emprise au sol et bâti de la clinique el Medina. Source : Photogrammétrie Google maps 2014 235
Figure 53 – L'îlot 2 viabilisé, mais non bâti depuis plusieurs décennies, les îlots 15 et 16 dont les activités sont encore celles du siècle passé entremêlées à des espaces de dépôt sauvage. Source : Photogrammétrie Google maps 2014. 237
Figure 54 – (1) Huilerie Kechaou encore en activité au kilomètre 2 de la route de Gremda ; (2) À droite, l'huilerie Kammoun encore en activité au kilomètre 3 de la route de Gremda

et la « résidence Baya » construite en face en 2016 sur un terrain ayant appartenu à une huilerie. Source : Photogrammétrie Google maps 2014 _____ 242
Figure 55 – (1) un atelier de réparation de deux roues au kilomètre 2 de la route de Gremda, dont le déménagement est prévu pour bientôt, d'après son propriétaire, le 28 avril 2022 ; l'immeuble « résidence Habib » construit en 2015 au kilomètre 3 de la route de Gremda a remplacé d'anciennes activités de ce type, le 8 juin 2021. _____ 243
Figure 56 – Situation des pôles de concentration des cabinets le long de la route de Gremda. Réalisation : Théo Maurette 2025. _____ 244
Figure 57 – La clinique Pasteur à Tunis (bâtiment à gauche) jouxtée d'un immeuble comprenant une grande quantité de cabinets médicaux (à droite) construits au même moment en 2015 à l'occasion du déménagement de la clinique dans ce quartier. Source : Photogrammétrie Google maps 2014. _____ 244
Figure 58 – Clinique Syphax en construction (à droite de l'image) au même moment que le centre médical Syphax (à gauche de l'image). Source : Photogrammétrie Google maps 2014 _____ 245
Figure 59 – (1) entrée principale de l'immeuble, (2) entrée secondaire vers le laboratoire et la cage d'escalier, centre Syphax Médical, route de Gremda km 2,5 le 2 juin 2022._ 247
Figure 60 – (1) Panorama du hall d'accueil donnant sur le pupitre du gardien et les ascenseurs, (2) façade principale, (3) accueil d'un cabinet, immeuble Al Hakim, route de Gremda km 3 le 31 mai 2023 _____ 250
Figure 61 – (1) façade de l'immeuble Résidence Ilyes, (2) banderole sur le toit indiquant « appartement de luxe à louer », arborant les drapeaux algérien, tunisien et libyen, immeuble Résidence Ilyes, route de Gremda km 3,5. _____ 251
Figure 62 – (1) terrain acquis par la clinique Chams en 2015, utilisé temporairement comme un parking. (2) le même espace, en 20 223, en cours de construction du « Mediterranean Medical Center » au kilomètre 3,5 de la route de Gremda. _____ 253
Figure 63 – Saut-de-mouton au-dessus de la route Lafrane, au croisement avec la rocade du kilomètre 3. Derrière le pont, deux immeubles de « standing » sont en construction. La clinique Errachid est visible à l'arrière-plan derrière le second immeuble en construction. Source : Semah Ben Selah (LinkedIn) en 2022._____ 255
Figure 64 – Plaques médicales repérées autour des premiers immeubles construits (voir chapitre 5) dans le quartier de Sfax El Jadida, le 17 avril 2022. _____ 267
Figure 65 – Plaques médicales repérées autour des immeubles situés le long de l'avenue de Carthage, le 19 avril 2022._____ 268
Figure 66 – Enseignes et façades conçues pour promouvoir les ensembles de cabinets médicaux le long de la route de Gremda, le 8 juin 2021 (2) et le 28 avril 2022 (1, 3). __ 270
Figure 67 – Enseignes lumineuses des cliniques Errayhane (1) ; Ibn Khaldoun (2) ; El Medina (3) dans le quartier Sfax El Jadida (1, 3), le 22 avril 2022 et kilomètre 3 de la route de Gremda (2) le 17 avril 2022. _____ 272
Figure 68 – Exemple de publicités diffusées sur le panneau lumineux de la clinique Ibn Khaldoun, route de Gremda kilomètre 3 le 17 avril 2022. _____ 273

Figure 69 – Enseignes et bannières d'officines et laboratoires, avenue de Carthage le 9 avril 2022 (1, 3) et route de Gremda kilomètre 2,5 le 28 avril 2022 (2) ____ 274
Figure 70 – Affiches papier au format A4 dans le quartier de Sfax El Jadida, à proximité des cabinets, avril et mai 2022. Traduction libre : (1) à louer (sans plus de précision, affiche fréquemment employée pour des locations à la nuitée) ; (2) plusieurs affiches dont deux pour des logements/bureaux en location, deux sans lien avec la médecine et une affiche pour un soin par le massage ; (3) Affiche indiquant explicitement une location de bureau pour un cabinet ; (4) Affichage proposant des trajets aériens entre l'aéroport de Tunis et de Tripoli, comprenant notamment le transfert par la route depuis Sfax. ___ 275
Figure 71 - 1) Une série de voitures immatriculées en Libye sont stationnées devant un immeuble de cabinet à Sfax El Jadida , le 9 avril 2022 (2) trafic et stationnement le long de l'avenue de Carthage vers midi le 30 mai 2023. ____ 277
Figure 72 – (1) Activité d'un 3assa autour d'une famille libyenne venant de stationner le long de l'avenue de Carthage, Sfax, le 6 mai 2022 ; (2) Un groupe d'hommes fait le plein du réservoir d'une voiture immatriculée en Libye au pied d'un immeuble de cabinet. 278
Figure 73 – (1) Une ambulance libyenne stationnée le long de la route devant la clinique Chams, route de Gremda, Sfax, le 13 novembre 2018 (2) trois ambulances libyennes stationnées devant la clinique Errachid, route Lafrane le 21 juin 2022. ____ 280
Figure 74 – Un gardien dans sa guérite devant la clinique Ibn Khaldoun, le 30 juin 2022 vers midi, route de Gremda kilomètre 3. La photo comprend quelques incohérences du fait d'avoir balayé la scène en mode « panorama », seul moyen pour moi de prendre rapidement et discrètement une large portion de cet espace. ____ 295

Tableau 1 – Lieu de soutenance de thèse des 100 premiers médecins tunisiens « diplômés » exerçant en Tunisie à partir de 1897 – Source : Moncef Zitouna 1994 ___ 41
Tableau 2 – Chronologie d'un terrain en crise ____ 119
Tableau 3 – Effectif des personnes interrogées par secteur et spécialité ____ 135
Tableau 4 – Exemple de grille d'observation construite sur le terrain après l'observation flottante____ 140
Tableau 5 – Exemple de progression d'un verbatim à travers le codage ____ 147
Tableau 6 – Comparaison des emprises au sol des cliniques du centre-ville de Sfax. Source : (Rouland, Jarraya et Fleuret 2016), relevé de terrain. ____ 235
Tableau 7 – Comparaison des emprises au sol des cliniques du pôle Gremda-Lafrane à Sfax. Source : (Rouland, Jarraya et Fleuret 2016), relevé de terrain. ____ 253
Tableau 8 – Régimes d'appropriation de l'espace dans le champ médical capitaliste sfaxien. ____ 288
Tableau 9 – Noms des polycliniques sfaxiennes et leurs évocations culturelles, historiques ou toponymiques.____ 306
Tableau 10 – Liste des entretiens ____ 330
Tableau 11 – Matrice d'encodage intermédiaire ____ 331

Bibliographie

ABDESSELLEM Ahmed, 1982, « Sémantique sociale de la ville » dans *La ville arabe dans l'islam : histoire et mutations*, CNRS., Tunis, CERES.

ACHOUR Noureddine, 2011, *Le système de santé tunisien : état des lieux et défis*, Tunisie, Faculté de pharmacie de Monastir.

ALJANE Nabil, 2019, *La fabrique du patrimoine des medinas en Tunisie : Politiques et pratiques dans la ville de Sfax*, Thèse de doctorat, Université Paul Valéry Montpellier, France.

ALOULOU Mohamed, 2008, *Les bùrj-s de Sfax : étude anthropologique*, Thèse de doctorat, Université Paris 8, France.

AMARA-FADHEL Elyssa, BEN MOUSSA-JERBI Aïda et HENDAOUI-BEN TANFOUS Feyrouz, 2021, « La municipalité tunisienne en période de transition démocratique : Pouvoir, légitimité et coalitions de parties prenantes », *Recherche et Cas en Sciences de Gestion*, 24 mars 2021, N° 18, n° 1, p. 13-28.

AMEUR Mohamed et NACIRI Mohamed, 1985, « L'urbanisation clandestine au Maroc : un champ d'action pour les classes moyennes », *Tiers-Monde*, 1985, vol. 26, n° 101, p. 79-92.

APPARICIO Philippe, GELB Jérémy, DUBE Anne-Sophie, KINGHAM Simon, GAUVIN Lise et ROBITAILLE Éric, 2017, « The approaches to measuring the potential spatial access to urban health services revisited: distance types and aggregation-error issues », *International Journal of Health Geographics*, décembre 2017, vol. 16, n° 1, p. 32.

ARBORIO Anne-Marie, 2004, « 7. L'élite médicale aux portes des quartiers populaires à la fin du XIXe siècle » dans *Marseille, entre ville et ports*, Paris, La Découverte (coll. « Recherches »), p. 137-162.

ARMAND Cécile, 2018, « De la défiguration à l'embellissement urbain : la publicité et la naissance d'une conscience paysagère à Shanghai (1905-1949) », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 1 octobre 2018, n° 65-3, n° 3, p. 94-119.

AURIAC Franck, 1983, *Système économique et espace : le vignoble languedocien*, Thèse de doctorat, Université de Montpellier III, France.

AYDALOT Philippe, 1985, *Economie régionale et urbaine*, Paris, Economica (coll. « Collection Economie »), 487 p.

BACKOUCHE Isabelle et MONTEL Nathalie, 2007, « La fabrique ordinaire de la ville », *Histoire urbaine*, 2007, vol. 19, n° 2, p. 5-9.

BAILLY Antoine et PERIAT Michel, 2003, « Activités de santé et développement régional : une approche médicométrique », *Géocarrefour*, 1 juillet 2003, vol. 78, n° 3, p. 235-238.

BAILLY Antoine S. et PERIAT Michel, 1997, « La médicométrie ou l'étude de l'impact territorial des infrastructures de santé », *disP - The Planning Review*, janvier 1997, vol. 33, n° 131, p. 43-47.

BAKLOUTI Asma, 2005, *Les quartiers periurbains du grand sfax : formation fonctionnement et amenagement*, Thèse de doctorat, Université de Tunis I faculté des sciences humaines et sociales, Tunisie.

BARNEKOV Timothy K. et RICH Daniel, 1977, « Privatism and Urban Development: An Analysis of the Organized Influence of Local Business Elites », *Urban Affairs Quarterly*, juin 1977, vol. 12, n° 4, p. 431-460.

BARRAS Vincent, 2014, « Politique, médecine, santé » dans *Michel Foucault : un héritage critique*, Paris, CNRS éd (coll. « CNRS philosophie »).

BARTHEL Pierre-Arnaud, 2006, « Les berges du lac de Tunis : une nouvelle frontière dans la ville ? », *Cahiers de la Méditerranée*, 1 décembre 2006, n° 73, p. 107-127.

BARTHEL Pierre-Arnaud, 2003, *Faire la ville au bord de l'eau. Les lacs de Tunis : des marges urbaines à des sites de très grands projets d'aménagement*, Thèse de doctorat, Université Lumière Lyon 2, Lyon.

BARTHEL Pierre-Arnaud et SMIDA Nabil, 2002, « Nouveaux lieux communs et modernité urbaine dans l'espace résidentiel Nord de Tunis », 2002.

BARTHES Roland et HEATH Stephen, 1977, *Image, music, text: essays*, 13. [Dr.]., London, Fontana, 220 p.

BARTIK Timothy J et ERICKCEK George, 2008, « The Local Economic Impact of "Eds & Meds": », 2008, p. 32.

BATIFOULIER Philippe et DA SILVA Nicolas, 2022, « L'Etat et la santé. Une économie politique du capitalisme sanitaire », *Économie et Institutions*, 1 septembre 2022, n° 30-31.

BEAUD Stéphane, 1996, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique» », *Politix*, 1996, vol. 9, n° 35, p. 226-257.

BEN FGUIRA Sami, 2020, *Les modes d'habiter dans le Grand Sfax*, Thèse de doctorat, Faculté des Lettres et des Sciences Humaines Université de Sfax, Sfax, 357 p.

BENAYACHE Mohamed-Lamine, 2019, *Les couples infertiles algériens dans un espace médico-commercial transnational*, Mémoire de master, Université Paris Nanterre, Paris, 103 p.

BENNASR Ali, 2006, *Sfax : de la ville régionale au projet métropolitain*, Habilitation à diriger des recherches, Histoire, Philosophie et Sociologie des sciences. Faculté des sciences humaines et sociales, Tunisie.

BENNASR Ali, 2003a, « L'étalement urbain de Sfax », *Revue Tunisienne de Geographie*, 2003, n° 36, p. 49-87.

BENNASR Ali, 2003b, « Un nouveau centre pour Sfax : Sfax el Jadida », 2003.

BENNASR Ali, 2003c, « Le PIF el-Ons : nouvelle ville ou banlieue de Sfax ? », *Revue Tunisienne de Géographie*, 2003, p. 9-36.

BENNASR Ali, BARON Myriam, RUFFRAY Sophie de, GRASLAND Claude et GUERIN-PACE France, 2015, « Dilemmes de la réforme régionale tunisienne », *Revue d'Economie Régionale Urbaine*, 29 décembre 2015, Décembre, n° 5, p. 853-882.

BENNASR Ali, MEGDICHE Taoufik et VERDEIL Eric, 2014, « Sfax, laboratoire du développement urbain durable en Tunisie ? », *Environnement urbain*, 9 décembre 2014, vol. 7, p. a83-a98.

BEN OTHMAN Hend, 2009, « Pratiques et enjeux des acteurs d'une production foncière publique: Ennasr II (Tunis), un territoire négocié ? », *Les Cahiers d'EMAM*, 1 mars 2009, n° 17, p. 33-54.

BERGAOUI Mohamed, 2010, *Médecine & médecins de Tunisie*, Tunis, Berg.

BERGEL Pierre, 2005, « Appropriation de l'espace et propriété du sol : L'apport du droit immobilier à une étude de géographie sociale », *Norois*, 1 juin 2005, n° 195, p. 17-27.

BESSIS Sophie, 2019, *Histoire de la Tunisie : De Carthage à nos jours*, Paris, Tallandier, 494 p.

BESSIS Sophie, 2006, *L' Occident et les autres : histoire d'une suprématie*, Nachdr., Paris, Ed. la Découverte (coll. « La découverte/poche Essais »), 340 p.

BIANCHI Robert Michael, 2012, « Glocal Arabic online: The case of 3arabizi », *Studies in Second Language Learning and Teaching*, 1 octobre 2012, vol. 2, n° 4, p. 483.

BIOTEAU Emmanuel, 2005, « Usage et symboliques des représentations spatiales en Roumanie post-communiste », *Norois*, 1 juin 2005, n° 195, p. 93-107.

BLOMLEY Nicholas, 2019, « The territorialization of property in land: space, power and practice », *Territory, Politics, Governance*, 3 avril 2019, vol. 7, n° 2, p. 233-249.

BOCHATON Audrey, 2015, « Cross-border mobility and social networks: Laotians seeking medical treatment along the Thai border », *Social Science & Medicine (1982)*, janvier 2015, vol. 124, p. 364-373.

BOLTANSKI Luc et CHIAPELLO Ève, 2011, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Nouvelle éd., Paris, Gallimard (coll. « Collection Tel »).

BONTE Marie, 2019, *Beyrouth, états de fête. Géographie des loisirs nocturnes dans une ville post-conflit*, s.l.

BOUHADJAR Saida, MOULAY TAHAR Saïda et LOUATI Fatima, 2023, « Approche socioculturelle des enseignes commerciales de la ville d'Oran et de la ville de Saïda », 2023.

BOUHDIBA Abdelwahab et CHEVALLIER Dominique, 1982, *La ville arabe dans l'islam : histoire et mutations*, CNRS., Tunis, CERES.

BOURDIEU Pierre, 1979, *La distinction : critique sociale du jugement*, Paris, Éditions de Minuit (coll. « Le Sens commun »), 670 p.

BOURDIEU Pierre, 1978, « Classement, déclassement, reclassement », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1978, vol. 24, n° 1, p. 2-22.

BOURDIEU Pierre, 1972, *Esquisse d'une théorie de la pratique: Précédé de « Trois études d'ethnologie kabyle »*, Genève, Librairie Droz.

BOURDIEU Pierre, 1966, « Condition de classe et position de classe », *European Journal of Sociology.*, 1966.

BOUTROY Éric, BOURDEAU Philippe, MAO Pascal et SENIL Nicolas, 2012, « Combinaison de proximités géographiques et socio-économiques: La filière « Tourisme sportif de montagne et de nature » en Rhône-Alpes », *Revue de géographie alpine*, 5 décembre 2012, n° 100-3.

BRIKI Issam, 2022, « Le système de santé en Tunisie : indicateurs, inégalités et perceptions The health system in Tunisia: indicators, inequalities and perceptions », 2022.

BRUNET Roger, 1957, « Les recherches sur la propriété rurale des citadins et l'exemple de Toulouse », *Bulletin de l'Association de géographes français*, 1957, vol. 34, n° 269, p. 66-75.

CAMAU Michel, ZAÏEM Hédi et BAHRI Hajer, 1990, *Etat de santé : besoin médical et enjeux politiques en Tunisie*, Paris, Editions du Centre national de la recherche scientifique : Presses du CNRS, diffusion (coll. « Sociétés arabes et musulmanes »), 290 p.

CHAKER Khaled, 1981, *La planification urbaine en Tunisie : cas de la ville de Sfax*, Thèse de 3ème cycle, Institut d'Aménagement Régional d'Aix-en-Provence, Aix-en-Provence.

CHARMAZ Kathy, 2012, *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*, Repr., Los Angeles, Sage, 208 p.

CHAUVIN Pierre-Marie, 2014, *Dictionnaire sociologique de l'entrepreneuriat / sous la direction de Pierre-Marie Chauvin, Michel Grossetti, Pierre-Paul Zalio*, Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Références »), 640 p.

CHEVILLARD Guillaume, LUCAS-GABRIELLI Véronique et MOUSQUES Julien, 2018, « « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches », *L'Espace géographique*, 18 décembre 2018, Tome 47, n° 4, p. 362-380.

CHOPLIN Armelle et PLIEZ Olivier, 2018, *La mondialisation des pauvres: loin de Wall Street et de Davos*, Paris, Le Seuil.

CHOUIKHA Larbi et GOBE Éric, 2015, *Histoire de la Tunisie depuis l'indépendance*, Paris, La Découverte (coll. « Repères »), 128 p.

CLAVARON Yves, 2015, *Petite introduction aux postcolonial studies*, Paris, Éditions Kimé (coll. « Détours littéraires »).

COHEN I. Glenn, 2011, « Medical Tourism, Access to Health Care, and Global Justice », *SSRN Electronic Journal*, 2011.

CONNELL John, 2016, « Reducing the scale? From global images to border crossings in medical tourism », *Global Networks*, 2016, vol. 16, n° 4, p. 531-550.

COOPER Malcolm, VAFADARI Kazem et HIEDA Mayumi (eds.), 2015, *Current Issues and Emerging Trends in Medical Tourism*, London, IGI Global (coll. « Advances in Hospitality, Tourism, and the Services Industry »).

COQUERY-VIDROVITCH Catherine et ALMEIDA-TOPOR Hélène d' (eds.), 1996, *La ville européenne outre-mers : un modèle conquérant ? (XVe - XXe siècles)*, Paris, L'Harmattan (coll. « Collections de l'Université des Sciences Humaines de Strasbourg Villes, histoire, culture, société »), 301 p.

COURLET Claude, 2001, « Les systèmes productifs localisés : un bilan de la littérature », *Cahiers d'Economie et sociologie rurales*, 2001, vol. 58, n° 1, p. 81-103.

COURLET Claude, PECQUEUR Bernard et SOULAGE Bernard, 1993, « Industrie et dynamiques de territoires », *Revue d'économie industrielle*, 1993, vol. 64, n° 1, p. 7-21.

CRUSH Jonathan et CHIKANDA Abel, 2015, « South-South medical tourism and the quest for health in Southern Africa », *Social Science & Medicine (1982)*, janvier 2015, vol. 124, p. 313-320.

DELEUZE Gilles, 1990, « Les sociétés de contrôle », *EcoRev'*, 1990, N° 46, n° 1, p. 5-12.

DENIEUIL Pierre-Noël et B'CHIR Abdelkhalek, 1998, « La PME tunisienne » dans Abdelkader Sid Ahmed et François Siino (eds.), *Économies du Maghreb*, Tunis, CNRS Éditions, p. 181-193.

DESPOIS Jean, 1965, *La Tunisie orientale, Sahel et Basse steppe : étude géographique*, Presses universitaires de France., Paris, 554 p.

DHOUIB MORABITO Hounaïda, 2014, « La reconstruction de Sfax (1943-1948) » dans *Villes maghrebines en situations coloniales*, Tunis, Karthala.

DLALA Habib, 1995, « L'aménagement du grand Sfax : enjeux, jeu des acteurs et projet de ville », *Cahiers de la Méditerranée*, 1995, vol. 51, n° 1, p. 113-143.

DORON Adrien, 2018, « Routes tunisiennes de l'échange marchand : géographie post-révolution d'un réseau de marchés mondialisés », 2018, p. 551.

DRIS-AÏT HAMADOUCHE Louisa, OUSSEDIK Fatma et TALEB IBRAHIMI Khaoula, 2022, *L'université désacralisée : recul de l'éthique et explosion de la violence*, Koukou., Alger.

DUC Marine, 2022, *Avalappoq, prendre la mer et danser : migrations étudiantes et formation des positions dominantes entre Groenland et Danemark*, Thèse de doctorat, Université Michel de Montaigne - Bordeaux III, Bordeaux.

FAKHFAKH Fredj, 1977, *Le tertiaire dans la banlieue de Sfax (les sakkiets)*, Mémoire de maitriste, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, Paris.

FAKHFAKH Mohamed, 1976, *La Grande exploitation agricole dans la région Sfaxienne*, Centre d'études et de Recherches économiques et Sociales., Tunis, (coll. « Cahiers du C.E.R.E.S »).

FAKHFAKH Mohamed, 1975, *Sfax et sa région étude de géographie humaine et économique*, Thèse de doctorat, Université de Paris VII, Tunis.

FARIGOUL Sophie, 2015, *Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge*, https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/ , 7 janvier 2015, consulté le 18 janvier 2019.

FAUTRAS Mathilde, 2017, *La terre entre racines, épargnes et spéculations. Appropriations foncières et recompositions de l'espace rural à Regueb (Tunisie)*, Thèse de doctorat, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, Paris.

FERGUENE Améziane, 2001, « Savoir-faire artisanaux et dynamismes locaux dans les vieilles villes du Maghreb : l'exemple de la médina de Sfax », *Insaniyat*, 30 avril 2001, n° 13, p. 105-122.

FLEURET Sébastien, 2022, *Allers-retours entre tourisme et santé : du tourisme médical à la santé globale*, London, ISTE editions (coll. « Série Tourisme et systèmes de mobilité »).

FOUCAULT Michel, 1979, *Naissance de la biopolitique : cours au Collège de France (1978-1979)*, Paris, EHESS, Gallimard, Seuil (coll. « Hautes études »).

FOUCAULT Michel, 1978, *Sécurité, territoire, population*, Paris, Gallimard (coll. « Cours de Michel Foucault au Collège de France »), 435 p.

FOUCAULT Michel, 1975, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Editions Gallimard, 439 p.

FOURIE Alicia, SAAYMAN Andrea et BLAAUW Derick, 2025, « Informal entrepreneurship in the tourism sector: How entrepreneurs' motives and capital contribute to business success », *Tourism Economics*, 3 juillet 2025, p. 13548166251355647.

FREIDSON Eliot, 1970, « Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge », *New York University*, 1970, p. 421.

FRIEDMAN Milton, 1951, « Neo-Liberalism and its Prospects », *Farmand*, 1951, p. 89-93.

GASMI Monia, 2006, « La répartition des établissements industriels à Sfax : un schéma radio-concentrique », *Revue des mondes musulmans et de la Méditerranée*, 31 mars 2006, n° 111-112, p. 245-278.

GAUMER Benoît et MARZUQI Munṣif al-, 2006, *L'organisation sanitaire en Tunisie sous le Protectorat français (1881-1956) : Un bilan ambigu et contrasté*, Sainte-Foy (Québec), Presses de l'Université de Laval.

GAUVAIN Mathilde, 2006, « Les territoires de l'informel. Étude du commerce de rue à Caracas », *Cahiers des Amériques latines*, 31 décembre 2006, n° 53, p. 101-116.

GELLY Maud, CRISTOFALO Paula et GASQUET-BLANCHARD Clélia, 2021, « Enquête dans deux maternités de la bourgeoisie : ériger des biens ordinaires en biens rares », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 12 avril 2021, N° 236-237, n° 1, p. 72-91.

GIOIA Dennis A., CORLEY Kevin G. et HAMILTON Aimee L., 2013, « Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology », *Organizational Research Methods*, janvier 2013, vol. 16, n° 1, p. 15-31.

GIRAUT Frédéric et HOUSSAY-HOLZSCHUCH Myriam, 2016, « Place Naming as *Dispositif* : Toward a Theoretical Framework », *Geopolitics*, 2 janvier 2016, vol. 21, n° 1, p. 1-21.

GLASER Barney G. et STRAUSS Anselm L., 1967, *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*, London New York, Routledge, 271 p.

GROYER Sébastien, 2015, « Capitalisme et économie de marché », 2015.

HADJIGEORGIOU Sandrine, 2000, *Y-a-t-il un pays de Sfax ?*, Mémoire de maitrise, Université de Provence Aix-Marseille 1, Marseille.

HAJ TAIEB Riadh, 2022, *Crise des transports urbains en Tunisie : cas de la métropole de Sfax*, Editions Universitaires Européennes., s.l., 332 p.

HAJ TAIEB Riadh, 2020, *Sfax deviendra-t-elle une métropole méditerranéenne en 2040 ?*, Paris.

HARAWAY Donna, 1988, « Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective », *Feminist studies*, 1988, vol. 14, n° 3, p. 575-599.

HARVEY David, 2005, *The new imperialism*, 1. issued as paperback., Oxford, Oxford University Press, 275 p.

HARVEY David, 1989, « From Managerialism to Entrepreneurialism: The Transformation in Urban Governance in Late Capitalism », *Geografiska Annaler: Series B, Human Geography*, 1 avril 1989, vol. 71, n° 1, p. 3-17.

HARVEY David, 1981, « The spatial fix – hegel, von thunen, and marx », *Antipode*, décembre 1981, vol. 13, n° 3, p. 1-12.

HAYEK Friedrich A. von, 1948, *Individualism and economic order*, Paperback ed., [Nachdr.]., Chicago, Univ. of Chicago Press, 271 p.

HELLAL Mohamed, 2021, « Tunisie : une économie du tourisme en crise » dans *RAMSES 2022*, DUNOD.

HELLAL Mohamed, 2020, « L'évolution du système touristique en Tunisie. Perspectives de gouvernance en contexte de crise », *Études caribéennes*, 15 décembre 2020, n° 6.

HIBOU Béatrice, 2008, « « Nous ne prendrons jamais le maquis »: Entrepreneurs et politique en Tunisie », *Politix*, 2008, n° 84, n° 4, p. 115.

HIBOU Béatrice, 2006a, *La force de l'obéissance : Économie politique de la répression en Tunisie*, s.l., La Découverte.

HIBOU Béatrice, 2006b, « Le libéralisme réformiste, ou comment perpétuer l'étatisme tunisien », *L'Economie politique*, 2006, vol. 32, n° 4, p. 9.

HOUNSOU Christelle Fifaten, 2018, *Les recompositions de la profession médicale en temps de globalisation et de néolibéralisme économiques : analyses à partir des mobilités internationales de médecins originaires d'Afrique de l'Ouest.*, Thèse de doctorat, Université Sorbonne Paris Cité, France.

JABALLAH Soufiane, 2021, « Les jeunes médecins en Tunisie : entre le marteau de l'aliénation économique et sociale, et l'enclume de l'aliénation de l'immigration » dans *DROIT a LA SANTE AU TEMPS DE LA CRISE COVID 19, quand les inégalités font souffrir et tuent*, Tunis, Fédération Internationale Pour les Droits Humains (coll. « Forum Tunisien Pour les Droits Economiques et Sociaux »).

JAGLIN Sylvy et ZERAH Marie-Hélène, 2010, « Eau des villes : repenser des services en mutation. Introduction », *Revue Tiers Monde*, 2010, vol. 203, n° 3, p. 7.

JARRAYA Mounir, 2024, « La crise sanitaire de Covid-19 à Sfax (Centre-Est de la Tunisie) : révélatrice de vulnérabilité, d'inégalités et des difficultés de gouvernance », *Revue des Régions Arides*, 2024, n° 49.

JARRAYA Mounir, 2009, *Biométéorologie de la morbidité respiratoire dans le secteur public de la santé à Sfax (Tunisie)*, Thèse de doctorat, Paris 7, France.

JARRAYA Mounir et BELTRANDO Gérard, 2013, « Les services de soins hospitaliers publics dans l'agglomération de Sfax : spécificités fonctionnelles et pouvoir spatial », *EchoGéo*, 19 décembre 2013, n° 26.

JUVEN Pierre-André, PIERRU Frédéric et VINCENT Fanny, 2019, *La casse du siècle: à propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raisons d'agir éditions.

KANGAS Beth, 2002, « Therapeutic itineraries in a global world: Yemenis and their search for biomedical treatment abroad », *Medical Anthropology*, mars 2002, vol. 21, n° 1, p. 35-78.

KHAÏAT Georges, 2005, *Un médecin à Sfax*, Paris, L'Harmattan.

LAHMAR Mouldi, 1985, « La « révolte du pain » dans la campagne tunisienne : Notables, ouvriers et fellahs », *Esprit*, 1985, n° 100, p. 9-19.

LAHMAR Muldi, 1994, *Du mouton à l'olivier : essai sur les mutations de la vie rurale maghrébine*, Tunis, Cérès (coll. « Horizon maghrébin »), 273 p.

LANE Jan-Erik, 2000, *New public management*, London New York, Routledge, 242 p.

LAUTIER Marc, 2013, *Le développement des échanges internationaux de services de santé : Perspectives des exportations en Afrique du nord*, Abidjan, Banque Africaine de Développement.

LAUTIER Marc, 2008, « Export of health services from developing countries: The case of Tunisia », *Social Science & Medicine*, juillet 2008, vol. 67, n° 1, p. 101-110.

LAUTIER Marc, 2005, « Les exportations de services de santé des pays en développement : le cas tunisien », 2005, p. 173.

LEFEBVRE H., 1974, *La production de l'espace*, s.l., Éditions Anthropos.

LEJEUNE Christophe, 2019, *Manuel d'analyse qualitative*, Place of publication not identified, DE BOECK SUPERIEUR.

LESOURD Michel, 2012, « Mondialisation et nouvelle mobilité des élites africaines : La mobilité bourgeoise au Sud », *EchoGéo*, 13 juillet 2012, n° 20.

LEVY Albert, 2011, « Vers un urbanisme transactionnel », Tours.

LEVY Jacques et LUSSAULT Michel, 2013, *Dictionnaire de la géographie*, s.l., Belin, 1127 p.

LORRAIN Dominique, 2017, *Métropoles en Méditerranée : gouverner par les rentes*, s.l., Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 320 p.

MEDDEB Hamza, 2012, *Courir ou mourir : course à el khobza et domination au quotidien dans la Tunisie de Ben Ali*, Thèse de doctorat, Institut d'études politiques, Paris, 1 vol. (475 p.) p.

MEGDICH Taoufik, 1985, *Les processus de la croissance urbaine dans la périphérie de Sfax*, Thèse de doctorat de troisième cycle, Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, Toulouse, 272 p.

MENIF MASMOUDI Imen, 2016, *Le confort du personnel soignant. Etude comparative dans deux hôpitaux tunisiens*, Thèse de doctorat, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, Paris.

MILAN Stefania et TRERE Emiliano, 2019, « Big Data from the South(s): Beyond Data Universalism », *Television & New media*, 2019, vol. 20, n° 4, p. 319-335.

MILANO Ludovica, 2023, *Rénovation de la théorie de la base économique depuis les Suds : Une approche « décentrée » du développement territorial sur le cas du Brésil*, Thèse de doctorat, Université Grenoble Alpes, Grenoble.

MIOSSEC Jean-Marie, 1996, *Le tourisme en Tunisie : un pays en développement dans l'espace touristique international*, Thèse de doctorat, Université François Rabelais, Tours, 2 vol. (1333 p.) p.

MORANGE Marianne et FOL Sylvie, 2014, « Néolibéralisation, ville et justice spatiale », 2014.

MORANGE Marianne et SCHMOLL Camille, 2016, *Les outils qualitatifs en géographie - Méthodes et applications*, Malakoff, Armand Colin, 224 p.

MOUALEM Rim, 2008, *La Médina de Sfax et son souk : mutation d'un héritage urbain*, Thèse de doctorat, Université Paris Nanterre, Paris.

NEDELEC Pascale, 2013, *Réflexions sur l'urbanité et la citadinité d'une aire urbaine américaine : (dé)construire Las Vegas*, Thèse de doctorat, Université Lumière Lyon 2, Lyon.

NIE Xuanyi, 2019, « Transforming Urban Economy with 'Eds and Meds': Inspirations from the Texas Medical Center (TMC) », *Urban and Regional Planning*, 2019, vol. 4, n° 4, p. 136.

NOYER-DUPLAIX Léo, 2017, « « L'hôpital-paquebot » d'Henry Bernard », *In Situ*, 31 janvier 2017, n° 31.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2008, *La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain-La-Neuve, Academia-Bruylant (coll. « Anthropologie prospective »), 365 p.

ORAIN Olivier, 2009, *De plain-pied dans le monde : écriture et réalisme dans la géographie française au XXe siècle*, Thèse de doctorat, l'Harmattan, Paris, (coll. « Histoire des sciences humaines »).

ORMOND Meghann, 2018, « Medical travel/tourism and the city, in Global Urban Health », forthcoming 2018.

ORMOND Meghann, 2013, *Neoliberal Governance and International Medical Travel in Malaysia*, Abingdon, Oxon ; New York, NY, Routledge, 12 p.

PAHL Ray E., 1974, « Urban Managerialism », *Papers: revista de sociologia*, 1974, n° 3, p. 325-343.

PECK Jamie, 1995, « Moving and shaking: business élites, state localism and urban privatism », *Progress in Human Geography*, mars 1995, vol. 19, n° 1, p. 16-46.

PECK Jamie et THEODORE Nik, 2015, *Fast Policy: Experimental Statecraft at the Thresholds of Neoliberalism*, s.l., University of Minnesota Press.

PECQUEUR Bernard, 2000, *Le développement local*, 2éd. revue et Augmentée., Paris, Syros.

PERUCCA Giovanni, PIACENZA Massimiliano et TURATI Gilberto, 2019, « Spatial inequality in access to healthcare: evidence from an Italian Alpine region », *Regional Studies*, 3 avril 2019, vol. 53, n° 4, p. 478-489.

PETONNET Colette, 1982, « L'Observation flottante. L'exemple d'un cimetière parisien », *L'Homme*, 1982, vol. 22, n° 4, p. 37-47.

PFIRSCH Thomas, 2008, *Des territoires familiaux dans la ville. Classes supérieures, relations familiales et espace urbain à Naples*, Thèse de doctorat, Université Paris Nanterre, Paris.

PIERRE Philippe, 2003, « Mobilité internationale des élites et stratégies de l'identité », *Revue européenne des migrations internationales*, 13 avril 2003, vol. 19, n° 1, p. 29-49.

PINELL Patrice, 2009, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) »:, *Revue française de sociologie*, 9 juillet 2009, Vol. 50, n° 2, p. 315-349.

PINELL Patrice, 2005, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005, vol. 156-157, n° 1, p. 4.

PINSON Gilles, 2020, *La ville néolibérale*, Paris, Presses universitaires de France (coll. « La ville en débat »).

PINSON Gilles et SALA PALA Valérie, 2007, « Peut-on vraiment se passer de l'entretien en sociologie de l'action publique ? », *Revue française de science politique*, 18 octobre 2007, Vol. 57, n° 5, p. 555-597.

PORTES Alejandro, 1999, « La mondialisation par le bas [L'émergence des communautés transnationales]: L'émergence des communautés transnationales », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1999, vol. 129, n° 1, p. 15-25.

POUILLARD Jean, 2005, « Historique du Conseil National de l'Ordre des Médecins (1845-1945) », *Histoire des sciences médicales*, 2005, n° 39, p. 213-224.

POUILLON François, AMARA Noureddine, CAPRESI Vittoria et JELIDI Charlotte, 2013, *De la colonie à l'État-nation: constructions identitaires au Maghreb*, Paris, L'Harmattan (coll. « Maghreb et sciences sociales »), 338 p.

POUPEAU Franck, 2008, « Les ambivalences de la participation communautaire Le cas du service de distribution des eaux à El Alto, Bolivie », 2008.

RABINOW Paul, 1995, *French modern: norms and forms of the social environment*, Chicago, University of Chicago Press, 465 p.

RAFFESTIN Claude, 1982, « Remarques sur les notions d'espace, de territoire et de territorialité. », *Espaces et sociétés*, 1982, n° 41, p. 167-171.

RIPOLL Fabrice, 2020, « Comment croiser espace et capital ? Retour préalable sur la notion de « capital spatial » », *L'Espace géographique*, 14 septembre 2020, Tome 48, n° 4, p. 289-305.

RIPOLL Fabrice, 2005, « S'approprier l'espace… ou contester son appropriation ? Une vue des mouvements sociaux contemporains », *Norois*, 1 juin 2005, n° 195, p. 29-42.

RIPOLL Fabrice et VESCHAMBRE Vincent, 2005, « Introduction : L'appropriation de l'espace comme problématique », *Norois*, 1 juin 2005, n° 195, p. 7-15.

ROBERT Jérémy, 2014, « De la néolibéralisation de la ville, entre continuité et nouveauté dans la production des inégalités d'accessibilité aux soins à Lima », 2014.

ROBINSON Jennifer, 2005, *Ordinary Cities: Between Modernity and Development*, New Ed., London ; New York, Routledge, 224 p.

ROSE Nikolas S., 2007, *The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*, Princeton (N.J.), Princeton university press (coll. « Information series »).

ROULAND Betty et JARRAYA Mounir, 2020, « From medical tourism to regionalism from the bottom up: emerging transnational spaces of care between Libya and Tunisia », *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 15 décembre 2020, vol. 46, n° 20, p. 4248-4263.

ROULAND Betty, JARRAYA Mounir et FLEURET Sébastien, 2016, « Du tourisme médical à la mise en place d'un espace de soins transnational. L'exemple des patients libyens à Sfax (Tunisie). From medical tourism toward a space for transnational care: the case of Libyan patients in Sfax (Tunisia) », *Revue Francophone sur la Santé et les Territoires*, 25 octobre 2016.

ROUSSEAU Max, 2011, *Vendre la ville (post)industrielle. : Capitalisme, pouvoir et politiques d'image à Roubaix et à Sheffield (1945-2010)*, Thèse de doctorat, Université Jean Monnet, Saint-Etienne.

SAADAOUI Khaoula, 2023, *Périphéries et interfaces: le cas de l'arrière-pays de Sfax*, Thèse de doctorat, Université Paris-Est sup, Paris.

SAFAR ZITOUN Madani, 2010, « Urbanité(s) et citadinité(s) dans les grandes villes du Maghreb », *Les Cahiers d'EMAM*, 2 mai 2010, n° 19, p. 33-53.

SAFAR ZITOUN Madani, 2009, « Digressions sur l'« Algérois »: L'habiter des classes moyennes algéroises ou l'introuvable référent citadin », *Les Cahiers d'EMAM*, 1 juillet 2009, n° 18, p. 21-28.

SAPIRO Gisèle, DENORD François, DUVAL Julien, HAUCHECORNE Mathieu, HEILBRON Johan, POUPEAU Franck et SEILER Hélène, 2020, *Dictionnaire international Bourdieu*, Paris, CNRS éditions.

SARVIA Filipo, FARREN Kim, KHATTELI Ameni, CHIOZZA Federica, MAKI Abdourahman, CHERIF Insaf, MUSHTAQ Fatima, JALAL Rashed et HENRY Matieu, 2024, *Mapping land cover in Tunisia : In the context of the Soil Land and Water Digital Information System initiative*, Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nation.

SCHANTZ Clémence, BOISSON Sarah, PROST-LANÇON Léa, BONNET Emmanuel, DANCOISNE Aurélien, BARON Myriam et BOCHATON Audrey, 2025, « Global therapeutic mobilities and cancer: a scoping review », *BMJ Open*, juin 2025, vol. 15, n° 6, p. e089780.

SEBEI Hajra, 2016, *L'accès des Libyens aux soins dans la ville de Sfax : Les ambulanciers libyens comme groupe témoin*, Mémoire de master, Faculté des Lettres et des Sciences Humaines Université de Sfax, Sfax, 67 p.

SEDRINE Saïd BEN et AMAMI Mongi, 2016, « La gouvernance du systeme de sante publique aggrave l'inegalite sociale face au risque de la maladie en tunisie », 2016.

SEKKAT Khalid, 1987, « Filières de production : revue de la littérature et comparaison avec la théorie néo-classique », *L'Actualité économique*, 1987, vol. 63, n° 1, p. 118.

SETHOM Hafedh, 1992, *Pouvoir urbain et paysannerie en Tunisie : qui s `eme le vent récolte la tempête*, Tunis, Ceres Productions [u.a.], 393 p.

SKANDER CHARFI Faika, 1982, *Etude des structures d'une économie urbaine : le grand Sfax*, Thèse de 3ème cycle, Université de droit, d'économie et des sciences d'Aix-Marseille, Marseille.

SMIDA Nabil, 2001, *Production de territoire dans les nouveaux quartiers aisés de Tunis : cas d'El Menzah et d'El Manar*, Mémoire, ENAU, Tunis, 131 p.

SPRONK Susan J., 2009, « Making the Poor Work for their Services: Neo-liberalism and 'Pro-Poor' Privatization in El Alto, Bolivia », *Canadian Journal of Development Studies/Revue canadienne d'études du développement*, janvier 2009, vol. 28, n° 3-4, p. 397-413.

SRAIEB Noureddine, 2000, « Place et fonctions de la langue française en Tunisie », 2000.

STAEHELI Lynn A. et MITCHELL Don, 2008, *The people's property: power, politics, and the public*, New York, Routledge.

TAGG John, 2023, *The Burden of Representation: Essays on Photographies and Histories*, 1st ed., London, Bloomsbury Visual Arts.

TALOCCI Giorgio, BROWN Donald et YACOBI Haim, 2022, « The biogeopolitics of cities: a critical enquiry across Jerusalem, Phnom Penh, Toronto », *Planning Perspectives*, 2 janvier 2022, vol. 37, n° 1, p. 169-189.

TARRIUS Alain et WIEVIORKA Michel, 2002, *La mondialisation par le bas: les nouveaux nomades de l'économie souterraine*, Paris, Balland (coll. « Voix et regards »), 168 p.

THIBAUD Jean-Paul, 2015, *En quête d'ambiances : éprouver la ville en passant*, Genève, MétisPresses (coll. « VuesDensemble »).

URQUHART Cathy, 2013, *Grounded theory for qualitative research: a practical guide*, Los Angeles, Calif., SAGE.

VENTURI Robert, SCOTT BROWN Denise et IZENOUR Steven, 2000, *Learning from Las Vegas: the forgotten symbolism of architectural form*, 17th print., Cambridge, Mass., The MIT Press, 192 p.

VERMEREN Pierre, 2022, *La formation des élites marocaines et tunisiennes : Des nationalistes aux islamistes 1920-2000*, Institut de recherche sur le Maghreb contemporain.

WAGNER Anne-Catherine, 2020, *La mondialisation des classes sociales*, Paris, la Découverte (coll. « Repères »).

WAGNER Anne-Catherine, 1998, *Les nouvelles élites de la mondialisation : une immigration dorée en France*, Paris, Presses universitaires de France (coll. « Sciences sociales & sociétés »).

WEBER Max, 1905, *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Pocket (coll. « Agora »), 286 p.

WHITTAKER Andrea, 2008, « Pleasure and pain: Medical travel in Asia », *Global Public Health*, juillet 2008, vol. 3, n° 3, p. 271-290.

YAGHAN Mohammad Ali, 2008, « "Arabizi": A Contemporary Style of Arabic Slang », *Design Issues*, avril 2008, vol. 24, n° 2, p. 39-52.

YENGUI Taher, 2016, *Cartographie des dynamiques urbaines : mobilité quotidienne et remodelage de l'espace dans le Grand Sfax*, Thèse de doctorat, Faculté des lettres et sciences humaines de sfax, Sfax, 397 p.

ZITOUNA Mohamed Moncef, 1994, *La médecine en Tunisie (1881-1994)*, Tunis, SIMPACT.

ZOUARI Salma, 2010, *Etude sur la stratégie de développement économique du Grand Sfax : Initiative de clustérisation de la filière Tourisme de santé et de bien être*, Sfax, Stratégie de Développement du Grand Sfax 2016.

Table des matières

Remerciements 5

Avant-propos 9

Liste des sigles et acronymes 11

Glossaire 13

Sommaire 15

Introduction générale 17

Chapitre 1 – ville et marchandisation des soins : spatialité et conceptualisation du capitalisme médical 25

A – La construction du capitalisme médical 26

1 – La santé comme construction politique, économique et urbaine des sociétés modernes 26

2 – La marchandisation des soins ou l'émergence du capitalisme sanitaire comme corollaire du néolibéralisme 29

3 – Le capitalisme médical comme organisation située du mode de production des soins 33

Conclusion de section 35

B – Le champ médical capitaliste tunisien : capital et colonisation dans la formation d'une élite médicale 36

1 – Du capital au champ 36

2 – La formation du champ médical capitaliste tunisien : une histoire de domination coloniale 39

Conclusion de section 44

C – Le capitalisme médical dans le territoire 45

1 – Territorialiser par la filière 45

2 – Circulations transnationales 48

3 – *Spatial fix* et crises du capitalisme 50

4 – La production urbaine ordinaire néolibérale 53

Conclusion de section 55

Conclusion de chapitre 57

Chapitre 2 – De l'olivier au bistouri : la fabrique de l'espace capitaliste sfaxien 59

A – L'ancrage territorial du capital sfaxien : du foncier agricole à la rente citadine 64

1 – Une domination agraire et coloniale : systémogénèse de l'économie capitaliste sfaxienne 66

2 – *Sfax ya dawla* : la construction d'un récit identitaire et citadin autonome 68

3 – Une centralité citadine et industrielle dans un océan de vide ? 72

Conclusion de section 75

B – Une fabrique urbaine aux prises entre État et bourgeoisie 77

1 – Une ville en « doigts de gants » : le réseau viaire au cœur du système urbain sfaxien 80

2 – Un centre-ville « trinitaire » : soukisation, colonisation et tertiarisation 85

3 – L'espace des *Jnens* entre densification, spéculation et conflits de classe 90

4 – Un État producteur et régulateur : industrialisation, régulation foncière et habitat social 95

Conclusion de section 100

C – Soigner en ville : territorialisation et reconfiguration du système de soin 102

1 – Un héritage centralisé : hiérarchisation et distribution du réseau de soin 102

2 – Croissance et privatisation : fondations des dynamiques contemporaines 105

3 – Des recompositions contemporaines pluriscalaires 109

Conclusion de section 113

Conclusion de chapitre 114

Chapitre 3 – Production, transformation et position : une enquête par théorisation ancrée 115

A – Structuration d'un terrain en crise 117

1 – Une enquête située : trajectoire, institution et ancrages initiaux 117

2 – Vers un terrain en crise : chronologie et adaptation 118

3 – Dispositifs méthodologiques principaux et une entrée par les agents 121

4 – Une approche inductive sous contrainte 124
5 – Situer l'enquêteur 125
Conclusion de section 128
B – Une enquête par théorisation ancrée 130
1 – Méthode par entretien 132
2 – Méthode par observation 138
3 – Le carnet de terrain, un outil de liaison entre production et analyse 142
Conclusion de section 144
C – Transformation des données de terrain 146
1 – Les outils de la théorisation ancrée 146
2 – Une réadaptation personnelle : travailler en bloc temporel 150
Conclusion de section 153
Conclusion de chapitre 156
Chapitre 4 – De la mise en ordre du champ à son articulation économique : la structuration de l'espace médico-capitaliste 157
A – Soigner et posséder : les agents centraux du champ 160
1 – Investir son outil de travail : l'actionnariat médical 160
2 – Clinique ou officine : dilemme de l'actionnariat pharmacien et biologiste 175
Conclusion de section 179
B – Soigner et administrer : les agents périphériques du champ 181
1 – Au cœur de la machine : aides-soignant·es et infirmier·es salarié-es 181
2 – Gérer et administrer une entreprise médicale 183
3 – Prospecter la patientèle : les intermédiaires légitimes 186
Conclusion de section 188
C – Financer, bâtir et servir : les agents transversaux du champ 190
1 – Financer le capitalisme médical 190
2 – Bâtir le champ : la spécialisation de l'architecture et de la promotion immobilière 195
3 – Des compétences qui s'externalisent : les ramifications capitalistes de la filière 198
Conclusion de section 202

D – Entreprendre à la marge : les agents marginaux du champ _ 204

1 – Transporter les patient·es _____ 204

2 – Loger les patient·es _____ 207

3 – Recruter et « rabattre » les patient·es _____ 211

Conclusion de section _____ 215

Conclusion de chapitre _____ 217

Chapitre 5 – De l'ordre centralisé à la ville standardisée : la production urbaine saisie par le capitalisme médical _____ 219

A – Du cabinet au quartier : Sfax El Jadida, une centralité médicale sous impulsion autoritaire _____ 221

1 – L'idéal d'une planification d'État et autoritaire _____ 222

2 – L'émergence des centres médicaux : une centralité portée (en partie) par la médecine _____ 226

3 – La verticalisation comme produit des contraintes spéculatives _____ 233

4 – Déclin et survie d'un modèle étatiste ? _____ 236

Conclusion de section _____ 239

B – L'expansion radiale de la production immobilière médicale sous l'ordre néolibéral _____ 240

1 – Des huileries aux immeubles de « haut standing » _____ 241

2 – La matérialisation spatiale du « couple cabinet-clinique » _____ 244

3 – La spécialisation fonctionnelle des nouveaux produits immobiliers _____ 248

4 – De la clinique familiale au complexe immobilier médical _____ 252

5 – Déclin et survie d'un modèle capitaliste ? _____ 254

Conclusion de section _____ 256

Conclusion de chapitre _____ 258

Chapitre 6 – Du soin au sol : appropriation et circulation du capital médical _____ 261

A – S'approprier la ville : visibilité, mobilité et contrôle des espaces urbains. _____ 264

1 – S'installer et se signaler : rendre visible sa présence dans un espace concurrentiel _____ 265

2 – Organiser l'accessibilité : mobilités et économie du stationnement ____ 276

3 – Occuper la ville : contrôler les lieux et filtrer les usages ____ 282

Conclusion de section ____ 287

B – Des appropriations discrètes : contournements juridiques, héritages familiaux et externalisation du capital médical ____ 289

1 – Jouer avec les règles : négociations et contournement de l'urbanisme ____ 291

2 – Du capitalisme communautariste à l'ancrage du capital médical ____ 297

3 – Déborder l'espace urbain : expansion territoriale, narrations identitaires et ancrage extrasectoriel du capital ____ 308

Conclusion de section ____ 312

Conclusion de chapitre ____ 314

Conclusion générale ____ 317

Annexes méthodologiques ____ 329

Liste des entretiens ____ 329

Matrice d'encodage intermédiaire ____ 331

Table des figures et tableaux ____ 333

Bibliographie ____ 339

Table des matières ____ 355

Une ville sur ordonnance : pour une géographie du capitalisme médical à Sfax (Tunisie)

Cette thèse propose une lecture critique du capitalisme médical à travers l'étude de son inscription territoriale dans la ville de Sfax (Tunisie). En combinant les apports de la géographie urbaine et de la sociologie des champs, elle analyse les dynamiques d'expansion, d'appropriation et de recomposition urbaine à l'œuvre dans le développement de la médecine privée. Sfax constitue ici un terrain privilégié pour penser l'articulation entre croissance urbaine, reconfiguration des rapports sociaux et internationalisation des soin sous l'effet d'un capitalisme médical tunisien en pleine croissance depuis les années 1990. L'enquête repose sur une méthodologie qualitative fondée sur des entretiens, de l'observation de terrain et l'analyse de documents urbanistiques. Elle permet de conceptualiser le « champ médical capitaliste » comme un espace social et économique complexe, structuré par des logiques de pouvoir, de concurrence et de distinction. Ce champ, en pleine expansion, se matérialise à travers des investissements immobiliers nouveaux, l'appropriation de l'espace urbain et régional, dans un contexte de circulation transnationale de la médecine néolibéralisée. La thèse met en lumière les contradictions de ce capitalisme médical à Sfax, entre ses dynamiques spéculatives et son ancrage territorial. Elle interroge notamment la marchandisation conjointe des soins et du sol, les régimes d'appropriation foncière, et les transformations des formes urbaines induites par la concentration du capital médical. Elle montre comment ce champ produit des formes concurrentes de visibilité, d'accessibilité et de contrôle, qui reconfigurent les rapports sociaux et spatiaux dans la ville. À travers cette analyse, la thèse contribue à une compréhension renouvelée des spatialités du capitalisme, en soulignant les formes concrètes par lesquelles des élites économiques s'approprient, transforment et projettent un territoire secondaire dans les circuits transnationaux du soin et du capital tout en l'inscrivant dans le temps long de ses transformations.

Mots-clés : Capitalisme, Médecine, Urbain, Tunisie, Sfax, Champ, *Spatial fix,* Néolibéralisme, Appropriation

A city on prescription : towards an urban geography of medical capitalism in Sfax (Tunisia)

This PhD thesis advances a critical reading of medical capitalism by examining its territorial inscription in the city of Sfax (Tunisia). Combining insights from urban geography and the sociology of fields, it analyzes the dynamics of expansion, appropriation, and urban reconfiguration at work in the development of private medicine. Sfax serves as a privileged site for thinking the articulation between urban growth, the reconfiguration of social relations, and the internationalization of care under an expanding Tunisian medical capitalism since the 1990s. The research is grounded in a qualitative methodology based on interviews, field observation, and the analysis of urban planning documents. It conceptualizes the "capitalist medical field" as a complex social and economic space structured by logics of power, competition, and distinction. This expanding field materializes through new real-estate investments and the appropriation of urban and regional space, within a context of transnational circulation of neoliberalized medicine. The dissertation brings to light the contradictions of medical capitalism in Sfax, between speculative dynamics and spatial fix. It ask the joint commodification of care and land, regimes of land appropriation, and the transformations of urban form induced by the concentration of medical capital. It shows how this field produces competing forms of visibility, accessibility, and control that reconfigure social and spatial relations in the city. Through this analysis, the PhD thesis contributes to a renewed understanding of the spatialities of capitalism by highlighting the concrete ways in which economic elites appropriate, transform, and project a secondary territory into transnational circuits of care and capital, while inscribing it in the long time of its transformations.

Keywords : Capitalism, Medicine, Urban, Tunisia, Sfax, Fields, Spatial fix, Neoliberalism, Appropriation